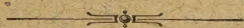


UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. N° 152

DE L'ÉLÉPHANTIASIS TROPICAL DU SCROTUM

et son traitement chirurgical



THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie
le 16 janvier 1923

PAR

Abdul Hamid WAFFA

né au Caire (Egypte), le 9 octobre 1894



LYON

—
Imprimerie Jean DEPRELLE
ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

—
1923

De l'Eléphantiasis Tropical
du Scrotum

et son traitement chirurgical

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 152

DE L'ÉLÉPHANTIASIS TROPICAL DU SCROTUM

et son traitement chirurgical

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie
le 16 janvier 1923

PAR

Abdul Hamid WAFFA

né au Caire (Egypte), le 9 octobre 1894



LYON

Imprimerie Jean DEPRELLE
ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire. M. HUGOUNENQ
 Doyen. MM. J. LÉPINE
 Assesseur. ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE A.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER ROQUE BARD TIXIER BERARD COMMANDEUR ROLLET NICOLAS LEPINE (J.) WEILL POLLOSSON (A.) LANNOIS ROCHET NOVE-JOSSERAND CLUZET HUGOUNENQ MOREL BRETN GUIART LATARJET POLICART DOYON COLLET MOURIQUAND PAVIOT VILLARD ARLOING (F.) ETIENNE MARTIN COURMONT (P.) PIC MOREAU
Cliniques chirurgicales	{
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique neurologique et psychiatrique	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	
Clinique des maladies des voies urinaires	
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	
Chimie biologique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Chirurgie opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargés d'un cours de :	Pathologie externe	VALLAS
—	Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
—	Chimie minérale	BARRAL
—	Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRAVIER
Orthopédie	LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance	CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM. NOGIER LERICHE THEVENOT (Léon) TAVERNIER CADE GARIN	MM. SAVY FROMENT THEVENOT (Lucien) PIERY COTTE DUROUX	MM. TRILLAT SARVONAT FLORENCE G. ROCHAIX CORDIER ROUBIER	MM. FAVRE BONNET NOEL, chargé des fonctions
---	---	--	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, Président ; BÉRARD, Assesseur
 MM. PATEL et BONNET, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A MON FRERE ET A MES SOEURS

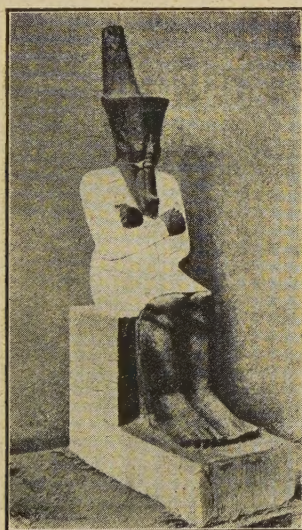
A MES PARENTS ET A MES AMIS

des plus précieux. Nous avons pour lui un entier dévouement et un sincère attachement.

Nous remercions également M. le Professeur Guiart, pour les savants conseils qu'il nous a prodigués à l'occasion de cette thèse et pour les deux photographies qui illustrent l'historique de notre travail.

HISTORIQUE

L'éléphantiasis est connu de l'antiquité égyptienne : La statue du roi Mentouhotep, tombeau de Thèbes, offre un exemple typique de l'éléphantiasis des jambes. (Guiart). Le musée de médecine expérimentale et compa-



Statue du pharaon Mentouhotep (musée du Caire). Paraît avoir été atteint d'éléphantiasis des jambes

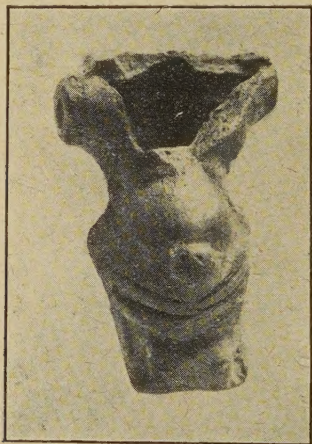
rée de la Faculté de Lyon, possède une statuette en terre cuite de l'époque ptoléméique représentant cette énorme hyperplasie des bourses. (Guiart).

Les Grecs et les Romains ont décrit cette tuméfaction du scrotum par excroissance de chair (Celse et Fabrice d'Aquapendente). Les Arabes ont bien étudié cette affection. Rhazès et Avicene en ont fait une description exacte.

Le mot éléphantiasis des Grecs a été employé comme synonyme de la lèpre.

Aujourd'hui le terme d'éléphantiasis est réservé uniquement à ce que les anciens appelaient éléphantiasis des Arabes. (Canet).

Rhazès recommande la suspension avec compression et scarification de la tumeur. Cette méthode est restée



Terre cuite de la période alexandrine, d'après le professeur Guiart, représentant vraisemblablement un cas d'éléphantiasis de la verge (propriété du professeur Arloing).

inefficace, malgré le soulagement qu'elle procure aux malades.

C'est un chirurgien français, Raymond de Castres,

qui, le premier, au dire de Boyer et de Chopart, aurait extirpé des tumeurs des bourses.

« Ceux qui ont proposé l'amputation, dit Laney père, ont craint ou n'ont pas été à même de la pratiquer. »

En cela, le citoyen Imbert Delonnes a le mérite d'avoir franchi la barrière élevée par l'opinion de grands médecins, en portant avec hardiesse l'instrument tranchant sur le sarcocèle de Charles Delacroix.

Delpech, Clot-Bey, Aly-Bey et les médecins anglo-saxons ont obtenu des succès remarquables.

C'est Larrey père qui a posé l'indication formelle de l'opération conservatrice dans le cas d'éléphantiasis et en a institué le principe général.

ETIOLOGIE

L'éléphantiasis est surtout fréquent dans les zones tropicales et subtropicales.

En Afrique, on le rencontre en Egypte, surtout dans la Basse-Egypte (Rosette et Damiette, etc.) et dans toutes les possessions européennes.

En Asie, les cas en sont nombreux dans l'Inde, dans l'Indo-Chine, dans la Chine méridionale, rares en Syrie et en Perse.

Il est fréquent dans les îles de l'Océanie, aux Antilles, au Brésil et à la Guyane.

La maladie paraît aimer les sols marécageux.

L'éléphantiasis du scrotum est plus fréquent en Egypte et dans l'Inde que celui des jambes.

La fréquence de l'affection est plus grande de 15 à 25 ans. Le docteur Betancès a observé à Mayagnèz (Porto-Rico), un enfant de 4 ans atteint, depuis un an, d'un éléphantiasis du scrotum envahissant la verge. La tumeur avait le volume de deux poings.

Les indigènes sont plus prédisposés que les Européens, cela tient peut-être aux soins plus méticuleux que ceux-ci prennent de leur santé.

Nous devons faire remarquer que l'Européen n'a pas, comme l'habitant des pays tropicaux, le tempérament

lymphatique, c'est-à-dire cette tendance à l'engorgement et à l'inflammation du système lymphatique.

Une des preuves de ce tempérament ressort de ces états morbides qui ne se voient que sous le tropique, tels que : urines chyleuse, dilatations variqueuses des vaisseaux du derme, etc.

Les anciens auteurs ont mis en évidence l'influence des conditions telluriques et climatériques sur cet état lymphatique.

Les plaies, les excoriations, les irritations de toute nature, la malaria et toutes les influences pathologiques et spécifiques sont des causes prédisposantes.

Larrey père, et plus tard Gaetani, Pruner et Aly-Bey, constatant la coïncidence, à peu près constante, de l'éléphantiasis des parties génitales et de la syphilis en Egypte, ont regardé cette dernière maladie à ses diverses périodes comme cause déterminante probable de la première.

Pour Clot-Bey, ce ne serait qu'une coïncidence, mais beaucoup de médecins militaires de l'Algérie, se basant sur des faits nombreux observés par eux, ont admis, avec conviction, l'opinion de Larrey.

PATHOLOGÉNIE

La *filaria sanguinis hominis* est l'agent qui produit l'éléphantiasis tropical.

Avant de montrer comment agit ce nematode, il nous semble nécessaire de donner quelques détails sur ce parasite.

Demarquay a vu, le premier, les embryons de la filaire dans le liquide d'une tumeur de bourses, chez un jeune homme de 19 ans, originaire de la Havane.

Ces embryons mesurent 0,125 millimètres environ.

Wucherer les vit ensuite en 1866 à Bahia.

Lewis, en 1872, trouve l'embryon dans le sang d'un Hindou.

Considérant que presque tous les individus, chez qui on le rencontre, sont atteints de chylurie, d'éléphantiasis ou des varicès lymphatiques du scrotum, il proclame que l'éléphantiasis des Arabes est associé à la présence de l'helminthe, qui produit une gêne mécanique de la circulation lymphatique. Manson adopte cette opinion.

En 1877, Felicio dos Sandos, de Rio de Janeiro, da Silva Arango de Bahia, l'observent dans la lymphe exudant de scrotums éléphantiasiques (Canet).

En 1876, Bancroft trouve le ver adulte qui mesure 8 à 10 centimètres.

Lewis, en 1877, le voit chez un jeune Bengalais qu'il opérât d'un éléphantiasis scrotal. La même année, Silva

Aranjole trouve chez un malade présentant un éléphantiasis du scrotum au début.

Enfin, en 1881, Manson, en opérant un lympho-scrotum, met à jour un ver incomplet, encore contenu dans un vaisseau lymphatique.

Depuis cette époque, la filaire du sang a été observée dans le pays où l'affection est endémique.

Comment ce parasite s'introduit-il dans le corps de l'homme ?

Les intéressantes recherches et expérimentations de Manson et Low démontrent d'une manière presque certaine que, comme l'hématozoaire de la Malaria, la filaire est introduite dans son hôte définitif, l'homme, par la piqure du moustique. (*Culex Mosquito*).

Il est difficile de prouver, dit Manson, et téméraire de nier qu'il n'existe pas d'autre porte d'entrée ni d'autre milieu intermédiaire. Il est certain que la filaire jeune peut vivre dans l'eau un certain temps.

Voici, d'après Manson, comment évolue un cas d'éléphantiasis : présence de filaires femelles adultes dans le système lymphatique de la partie atteinte. Circonstance défavorable à la filaire ; expulsion prématurée des œufs par suite de cette circonstance ; embolie des ganglions lymphatiques due à la présence des œufs ; stase lymphatique ; lymphangite produite par un traumatisme ou par toute autre cause au niveau de la zone congestionnée (association microbienne ; streptocoque, etc.) ; résorption imparfaite des produits inflammatoires ; attaques récurrentes d'inflammation conduisant à une hypertrophie inflammatoire de la partie atteinte, à progression intermittente.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ce qui est intéressant pour le chirurgien c'est de savoir ce qu'il va trouver et comment il pourra protéger les testicules, réparer la verge et reconstituer le scrotum.

a) *La tumeur scrotale* prend diverses formes : sphérique, pyramidale et bilobée.

Son volume est variable, d'une tête d'enfant à une grosse masse descendant jusqu'aux malléoles. Elle tient à l'hypogastre et au périnée par un pédicule ou « collet ».

Le pédicule plus large en avant enveloppe les deux anneaux et les cordons spermatiques. Dans les parties postérieures et latérales du collet, la peau est toujours saine, souple et d'autant plus mince qu'elle avait été distendue par le poids de la tumeur. Notons ici que la tumeur attire vers le bas la peau qui couvre la région génito-crurale. La peau de la partie postérieure du collet ainsi distendue fournira l'étoffe nécessaire à la reconstitution du nouveau scrotum.

La peau à la face antérieure du collet est adhérente, dure et bosselée ; il en est ainsi de même pour celle de la tumeur.

Si l'on sectionne la tumeur, le derme est trouvé dense, fibreux et énormément hypertrophié. Le tissu conjonc-

tif sous-jacent est augmenté de volume et prend un aspect jaunâtre, grasseux dû à l'infiltration de la lymphe. Une grande quantité de liquide s'écoule lorsqu'on divise ces tissus. Les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont dilatés. Les vaisseaux honteux externes que l'on rencontre dans la recherche du cordon sont parfois énormes et nécessitent une ligature minutieuse.

b) *Etat de la verge* : La verge est complètement enfouie dans la partie antérieure de cette masse éléphantiasique.

Comme les cordons spermatiques, elle peut s'allonger par l'accroissement de la tumeur ; mais les corps caverneux et les tissus de l'urètre restent sains.

Le prépuce peut être atteint d'éléphantiasis ainsi que la peau du pénis.

La libération de la verge est rendue difficile vers la paroi antérieure par la densité des tissus au milieu desquels elle est plongée. Par contre, la paroi postérieure de la verge et de l'urètre est plus déclivable ; dans cette région, le tissu cellulaire lâche est abondant.

c) *Etat du cordon* : Le cordon est facilement reconnaissable à son muscle cremaster, augmenté de volume, plus rouge et plus étendu qu'à l'ordinaire.

A part cet allongement, le cordon est toujours sain.

d) *Etat du testicule* : Il est enfoui au milieu de la tumeur, attiré en bas par le gubernaculum contractant souvent des adhérences avec les tissus malades au milieu desquels il est logé.

La *vaginale* est saine ordinairement. On l'a vue hypertrophiée, fibreuse, cartilagineuse même. Elle contient très souvent une certaine quantité de liquide.

Au point de vue histologique : L'éléphantiasis débute par les phénomènes d'une dermite avec prédominance de l'irritation lymphatique avec participation de l'hypoderme et des couches sous-cutanées.

« Dans les degrés avancés de la maladie, dit Virchow, les coupes faites à travers la tumeur ne montrent qu'une seule callosité continue, dure, fibreuse, de consistance lardacée. Cette substance n'est autre qu'un tissu connectif sclérosé, imbibé de sérosité limpide, expressible. On peut à peine y distinguer encore les éléments primitifs : les uns disparaissent, comme notamment les tissus graisseux et musculaires ; les autres se confondent intimement entre eux et ne forment plus qu'une seule masse. »

L'épiderme prend parfois une coloration brunâtre ou jaune, son épaisseur est augmentée. Le corps muqueux de Malpighi n'est pas altéré, le stratum granulosum est formé par plusieurs couches de cellules qui contiennent une assez grande quantité d'éléidine. Le derme est toujours hypertrophié. Les papilles dermiques sont généralement agrandies dans le sens transversal et vertical. Elles présentent une forme variable, tantôt conique, tantôt globuleuse. Elles sont formées d'un tissu conjonctif lâche, dans lequel se trouvent des cellules aplaties et des cellules rondes. Les vaisseaux capillaires des papilles ont une dimension considérable, leurs parois sont minces, formées d'une simple membrane qui se confond avec le tissu périphérique. On trouve dans leur intérieur, des globules rouges, des globules blancs en petit nombre, et de distance en distance, des filaments minces de fibrine dont le réseau englobe les éléments figurés du sang. (Cornil).

Les vaisseaux lymphatiques subissent des modifications importantes. Ils sont dilatés, leurs parois sont amincies. On observe parfois de véritables varices lymphatiques. Ils sont atteints d'inflammation qui porte plus spécialement sur leur tunique interne.

Les cellules endothéliales sont alors tuméfiées, elles prolifèrent, se desquament et peuvent oblitérer la lumière des vaisseaux.

Les vaisseaux sanguins sont altérés : endo et périartérites, endo et périphlébites ; dilatation plus ou moins considérable des veines et artères qui, parfois contiennent une grande quantité de petits corpuscules anguleux, réfractant fortement la lumière.

Les nerfs sont plus volumineux qu'à l'état normal.

Les couches conjonctives et élastiques sont le siège d'une hyperplasie abondante avec atrophie de panicule adipeux et ultérieurement confusion des parties profondes qui forment une série de couches superposées et imbriquées en divers sens.

SYMPTOMATOLOGIE

L'éléphantiasis du scrotum, définitivement établi, est caractérisé par une augmentation de volume parfois considérable de cet organe.

Cette tumeur éléphantiasique se forme progressivement et de deux façons bien distinctes. Nous étudierons séparément les deux modes d'invasion de la maladie, car les symptômes dans les deux cas présentent des différences notables surtout dans les débuts de l'affection. Tantôt l'hyperplasie des bourses suit une marche sourde, insensible, chronique dès le début. Le seul symptôme qui se manifeste est un gonflement de cet organe à marche progressive.

Tantôt, au contraire, la maladie s'annonce avec grand fracas, accidents locaux inflammatoires, accompagnés de réaction générale plus ou moins intense. Le scrotum augmente de volume dans l'intervalle de ces accès.

Ces poussées lymphangitiques se reproduisent dans le cours de la maladie, le scrotum augmentant toujours. Quand ces accès cessent de se reproduire, l'organe malade continue à grossir.

FORME AIGÜE

Cette forme, avec tous ses symptômes, ont été bien étudiés par Alard et Larrey. Le début est, en général, brus-

que, quelquefois après une contusion, une ulcération, ou après des accidents vénériens. Le sujet, au milieu d'un état de santé parfaite, est pris subitement de frissons violents.

La température atteint 39, 40 et 41 degrés ; le pouls devient fréquent. La soif est vive, la langue est chargée, les vomissements muqueux et bilieux, très abondants, fatiguent le malade. La céphalalgie est intense et l'agitation va quelquefois jusqu'au délire. Le scrotum pendant ce temps présente des modifications importantes. Le malade y accuse des douleurs vagues, plutôt une sensation de lourdeur locale. Bientôt ces douleurs s'accroissent, deviennent lancinantes et s'irradient vers les régions inguinales et lombaires. La peau des organes génitaux présente des plaques rouges, érysipélateuses ; des traînées de lymphangite, se dirigeant vers les ganglions qui sont engorgés. Tel est le tableau clinique d'une crise éléphantiasique. Mais ces crises ne sont pas toutes aussi graves que celle que nous venons de décrire, chez tous les malades. D'ailleurs, le même malade présente tantôt des crises graves qui durent de trois à quinze jours, tantôt des phénomènes inflammatoires tout à fait bénins et de quelques heures de durée.

Quelle que soit l'intensité des phénomènes, ceux-ci s'amendent après un temps long, selon leur gravité, comme nous venons de le voir.

Le malade se croit guéri. Seules les parties génitales restent empâtées et indolentes.

La santé du sujet peut se maintenir parfaite pendant une période de temps plus ou moins longue ; quelques mois, quelques années ; puis, sans cause appréciable

déterminée, une nouvelle poussée de lymphangite éclate, accompagnée des symptômes que nous avons déjà décrits. Puis, de nouveau, tous les accidents se calment, ne laissant après eux qu'une nouvelle tuméfaction de l'organe.

FORME CHRONIQUE

Dans cette forme, nous ne trouvons ni symptômes précurseurs, ni accidents inflammatoires, ni réaction générale de l'organisme. Au début, le malade ne prête pas attention à cette intumescence légère de son scrotum. Ce n'est que plus tard, quand le volume de cet organe augmente, qu'il commence à s'inquiéter de son état.

La tumeur scrotale prend diverses formes : piriforme, sphérique et bilobée. Elle tient par un pédicule épais prenant insertion au pubis et au périnée. Elle peut atteindre, dans les pays tropicaux, un développement énorme au point de constituer de véritables monstruosités.

Kendy a vu un nègre de Barbade qui portait un éléphantiasis scrotal mesurant 1 m. 94 de circonférence et 0,64 de longueur.

Chopart cite le cas d'un nègre de la côte de Guinée dont la tumeur scrotale descendait jusqu'aux malléoles ; sa circonférence était de 1 m. 28, sa longueur de 0,81. Ce malade fut hospitalisé à Bicêtre où il mourut quelque temps après. Larrey, Clot-Bey et les médecins indigènes ont observé en Egypte des tumeurs dont le poids variait entre 25 et 70 kilogs.

La peau du scrotum reste rarement lisse, elle devient épaisse, rugueuse, mamelonnée et se couvre de croûtes qui, en se détachant, mettent à nu de petites ulcérations à écoulement sanieux et abondant.

Wong, qui a observé plusieurs cas d'éléphantiasis du scrotum, à Canton, a donné à cet écoulement le nom de « milky exsudation of the scrotum. »

Ces ulcérations peuvent s'infecter et donner lieu à des poussées de lymphangite.

Les éléments du cordon sont allongés, hypertrophiés et presque indolores. Les testicules, perceptibles au début,



sont introuvables dans ces énormes éléphantiasis chroniques. La verge, au fur et à mesure que la tumeur scrotale

augmente, s'invagine et se perd au milieu de ses tissus lardacés. Seul le prépuce reste à la surface de la tumeur et prend la forme d'un ombilic que le docteur Infernet appelle « vulve ».

Par cette vulve, les urines sont émises sans force. Elles souillent la tumeur. Leur séjour dans cette poche ombilicale et à la surface de la tumeur est une cause d'irritation et d'infection répétées.

Lorsque le malade marche, il penche le corps en arrière, place sa tumeur en avant des membres inférieurs et, au moment d'avancer, il imprime à la tumeur un mouvement de pendule qui continue jusqu'à ce que le sujet s'arrête.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'éléphantiasis du scrotum est généralement facile à faire :

Il ne sera jamais confondu avec une pachy-vaginalite, ni avec cette forme de hernie double funiculo-scrotale qu'on rencontre si souvent en Egypte chez les fellahs qui craignent les interventions.

Hippocrate et Galien le confondaient avec le cancer des bourses, mais on ne trouve point dans l'éléphantiasis cette marche rapide et cet envahissement destructeur de la peau. Peut-être pourrait-on y songer, quand la tumeur se complique d'ulcérations ; on devra alors se baser sur la marche de la maladie pour établir le diagnostic. De plus, dans l'éléphantiasis, l'état général de l'individu reste bon, contrairement à ce qui se passe dans le cancer où le sujet présente rapidement des signes de cachexie cancéreuse. (Canet).

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

La tumeur éléphantiasique évolue d'une façon intermittente et chronique. Cette évolution ne suit pas les poussées lymphangitiques d'une façon absolue : Un malade peut avoir plusieurs accès et, au bout de trois ans, il n'accuse aucune augmentation considérable de son scrotum.

D'autres malades, après un ou deux accès, voient leurs bourses augmenter rapidement de volume.

Quelle que soit la marche de l'éléphantiasis, cette affection donne lieu à de nombreuses complications :

Par son poids, par la présence d'une masse gênante entre les jambes, cette infirmité entraîne une *impotence* relative.

La compression des testicules amènent quelquefois l'*atrophie* de ces organes lorsque cette heureuse formation de l'hydrocèle manque.

L'atteinte portée aux fonctions génésiques, du fait de l'augmentation souvent considérable du scrotum, augmentation telle que la verge est complètement effacée chez des hommes dans toute la vigueur de l'âge, est beaucoup plus apte à troubler le moral du patient.

Les tumeurs éléphantiasiques sont sujettes à des complications pustuleuses suivies d'ulcérations larges étalées

en surfaces, d'une longue durée, et quelquefois rebelles à tout traitement. Ces ulcérations deviennent l'origine de nouvelles lymphangites secondaires qui augmentent encore l'infiltration et l'induration du derme et par suite l'épaississement des téguments (Gaucher). On a observé à la période aiguë des abcès, des phlegmons suivis de gangrène.

La guérison spontanée est exceptionnelle. Le malade peut vivre longtemps s'il peut supporter son mal ; mais les complications sont à craindre et souvent ces malades épuisés succombent à des maladies intercurrentes.

TRAITEMENT

I. *Traitement préventif* : Peut-on prévenir la maladie ou l'enrayer à son début ? Labat, Duchassing et Godard ont connu des malades atteints d'éléphantiasis au début, qui, ayant émigré, ont vu leur mal s'arrêter dans le progrès, quelquefois même disparaître.

La prophylaxie générale comprend : les méthodes de préservation contre l'agent infectant ; la préservation du scrotum et le traitement de la lymphangite.

a) Méthodes de préservation contre l'agent infectant :
Destructions des moustiques. L'eau de boisson doit être filtrée et bouillie. Amélioration des conditions sociales des peuples qui vivent dans la misère.

b) Préservation du scrotum :

Les organes génitaux doivent être tenus en état de propreté absolue.

c) Traitement de la lymphangite :

Lorsque la lymphangite est déclarée, le malade doit garder le lit, appliquer des cataplasmes chauds ou faire des formentations chaudes avec une solution antiseptique. Le port d'un suspensoir légèrement compressif est d'une grande utilité.

II. *Traitement curatif* :

De nombreuses méthodes de traitement ont été

employées ou proposées contre l'éléphantiasis jusqu'à l'exérèse qui, à l'heure actuelle, nous paraît être la méthode de choix :

Les anciens ont eu recours aux médicaments sudorifiques et diaphorétiques qui sont d'ailleurs restés sans aucune efficacité.

Delpèch disait avec raison « Avec quelle défiance, ne doit-on pas accueillir des observations de guérisons observées par des sueurs ou évacuations, quand il s'agit d'une maladie qui ne se complète qu'à la faveur d'un grand nombre d'années. »

Les préparations mercurielles ont donné de bons résultats lorsque le tréponème a joué un rôle dans la pathogénie de l'affection.

La compression, en usage depuis Rhazès, soulage le malade.

Les professeurs Moncorvow et Aranjo ont employé avec succès les courants faradiques et galvaniques. Les méthodes chirurgicales proposées sont nombreuses, mais de valeur très différente :

L'*ignipuncture* a soulagé quelques malades, mais elle fut la source d'infection.

La scarification ;

Le *séton*, employés par les Egyptiens, ne peuvent être considérés que comme des méthodes palléatives.

L'*exérèse* du scrotum éléphantiasique est la méthode chirurgicale de choix. Elle consiste dans l'amputation du scrotum ou *oschéotomie*.

I. *Les Procédés d'exérèse.*

De nombreux procédés d'oschéotomie ont été propo-

sés, dont on trouvera la description à la lecture des observations.

Les plus classiques sont :

A. *Les procédés d'Ali-bey père.*

Ali-bey père a décrit des procédés qui varient suivant la forme anatomique à laquelle on a à faire :

a) *Pénis libre, testicules et cordons non adhérents :*

Un aide maintient les testicules relevés contre les anneaux inguinaux et la verge contre l'abdomen. Le chirurgien plonge le couteau au-dessous de la verge et fait par transfixion deux lambeaux latéraux suffisants, mais taillés dans la peau saine. L'aide chargé de maintenir les testicules lâche prise, et l'opérateur renferme ces organes dans le scrotum artificiel produit par suture des deux lambeaux.

b) *Pénis libre, testicule adhérent :*

On fait de chaque côté une incision verticale à partir de l'anneau inguinal et en suivant le trajet du cordon. On reconnaît celui-ci au toucher et à la couleur bleue des veines. Le cordon étant disséqué du haut en bas, on arrive au testicule, qu'on isole à son tour. On relève sur la région pubienne les deux testicules et les cordons, enveloppés dans une compresse stérilisée. Puis, le chirurgien fait les deux lambeaux par transfixion comme dans le premier cas. Dans le cas de hernie compliquant la tumeur, il faut la réduire et faire la cure radicale.

c) *Pénis caché.* Quand le pénis est enfoui dans la tumeur qui l'a débordé de chaque côté, on rejoint les incisions verticales par une transversale et, au milieu de

cette dernière, on fait une petite incision verticale sur le trajet supposé de la verge. Mais le procédé d'Ali-Bey ne s'applique pas au cas où le pénis est pachydermisé. Dans ce dernier cas, il faut se servir du procédé de Delpech ou de celui de Partridge.

B. Procédé de Partridge.

1° *Hémostose* : On met autour de la taille du malade une forte ceinture en cuir garnie de crochets auxquels sont fixés de longs rubans de fil. On applique avec force sur la tumeur une bande de caoutchouc, non recouverte d'étoffe, ce qui rend l'application plus exacte. Quand la tumeur est entièrement recouverte par la bande de caoutchouc, on étend autour du pédicule les rubans de fil et par dessus on applique le tube d'Esmarch. Celui-ci, une fois bien serré, on relève les chefs libres de rubans en les tendant fortement et on les fixe aux crochets de la ceinture. Le tube se trouve ainsi solidement maintenu tout autour de la tumeur. On retire alors la bande de caoutchouc et on procède à l'opération.

2° *Ablation de la tumeur* : Sur une grosse sonde cannelée enfoncée entre le prépuce et le gland, on fait d'abord à la face supérieure de la verge une incision longitudinale. La même opération est exécutée à la face inférieure du pénis. Ensuite, au niveau de chaque testicule, on fait une longue incision longitudinale depuis l'anneau inguinal jusqu'en bas. On découvre ainsi et on dissèque le pénis, le cordon et les testicules. Ceux-ci, ainsi que la verge sont relevés sur l'abdomen et par une incision circulaire, faite aussi près que possible du périnée, on réunit les incisions longitudinales. Comme il y a toujours de

l'hydrocèle, on fend la tunique vaginale. On procède alors aux ligatures qui sont extrêmement nombreuses et qui exigent souvent une demi-heure. Les testicules sont ensuite appliqués au fond de la plaie froncée, béante, et les parties sont recouvertes d'un pansement antiseptique. Au bout d'un espace de temps qui varie de trois semaines à deux mois, toute la plaie est comblée par un tissu cicatriciel. Les testicules qui, au moment de l'opération, pendaient souvent jusqu'à la moitié de la cuisse, se trouvent relevés au bout de trois à quatre semaines et enfermés dans la cicatrice.

On avait souvent remarqué que les bords de la plaie avaient une grande tendance à se rouler en dedans, ce qui constituait une condition défavorable pour la cicatrisation. Pour lutter contre cet inconvénient, Partridge fait passer dans l'aîne du malade un ruban dont les deux chefs sont attachés à une ceinture. Ensuite avec une aiguille, il passe dans le bord de la plaie des fils qui viennent se rattacher aux rubans inguinaux. De cette façon, les bords de la plaie ne peuvent plus s'enrouler en dedans.

Le bénéfice que le malade retire de l'opération est considérable, car la marche lui est désormais possible. Le seul danger de l'opération est l'hémorragie, à cause de son extrême abondance.

C. Procédé de Delpech.

Ce procédé est décrit en détail dans l'Obs. V.

Nous ferons connaître la modification importante qu'Ali-Bey père apporta au procédé de Delpech :

L'opérateur fait à gauche de la tumeur une incision semi-lunaire à convexité interne et à concavité regardant

la cuisse, incision qui, commencée à deux travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale, est ramenée de haut en bas sur les côtés de la tumeur jusqu'au raphé périnéal près de l'anus.

Il dissèque ce premier lambeau et le renverse sur la cuisse ; renversant ensuite la masse sur le côté opposé, il fait un second lambeau latéral du côté droit en tout semblable au premier.

Deux incisions profondes pratiquées sur le trajet des cordons lui permettent de les isoler et d'arriver jusqu'aux testicules qui sont relevés sur la région pubienne. Une incision circulaire est faite au pourtour de l'orifice préputial et réunie de chaque côté aux deux incisions déjà faites au niveau des cordons : on a ainsi un lambeau antérieur, puis on dégage la face antérieure du pénis du reste de la masse, en se guidant sur une sonde introduite dans le canal de l'urètre. On place ensuite les testicules et les cordons dans les deux lambeaux latéraux. La verge est enveloppée dans le lambeau antérieur dont on suture les bords, d'une part à la face inférieure du pénis et d'autre part aux deux lambeaux latéraux, ainsi qu'à la portion restante de l'ancienne envelope du pénis vers son extrémité.

D. Procédé de Larrey :

Larrey faisait d'abord deux incisions obliques, procédant de l'orifice du prépuce et divergeant au-dessous des testicules de chaque côté, puis la dissection rapide des tissus interposés entre ces incisions ; enfin l'ablation de la masse morbide.

Clot-Bey a modifié légèrement le procédé de Larrey en

substituant deux incisions semi-lunaire aux incisions obliques.

E. *Procédé de Duchateau.*

Ce procédé comprend essentiellement les temps suivants :

- 1° Recherche du cordon et isolement du testicule ;
- 2° Amputation du scrotum ;
- 3° Restauration des enveloppes de la verge et du scrotum.

C'est ce dernier procédé qui fut employé dans nos observations IX, XIV et XV, auxquelles nous prions le lecteur de vouloir bien se reporter.

La plupart de ces procédés ont été employés avec des résultats, dans l'ensemble assez favorables.

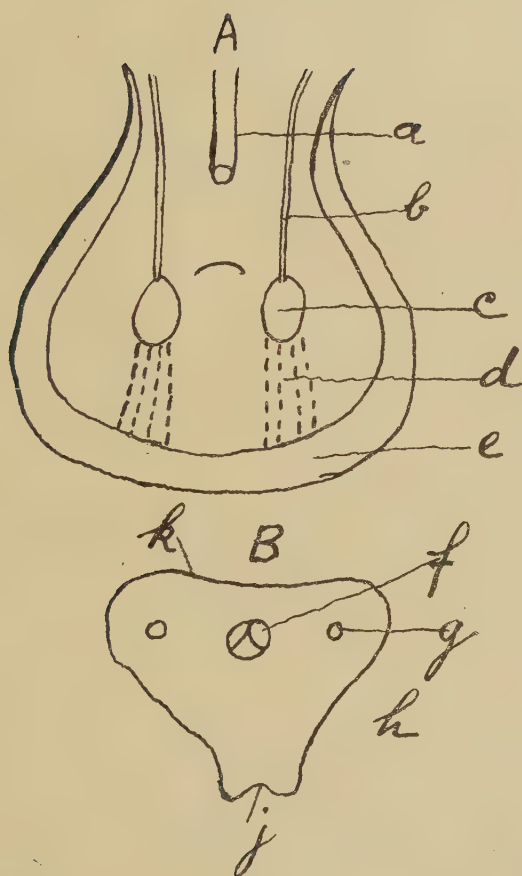
S'adressant à des cas particuliers, les chirurgiens ont créé des variantes de l'acte opératoire, susceptibles d'être utilisées. Mais il est possible de dégager les lignes essentielles de la conduite opératoire que nous désirons mettre en évidence.

II. *La technique opératoire.*

Celle-ci doit s'inspirer des données anatomiques que nous avons signalées et qui sont essentiellement :

a) *Données anatomiques.* Nous reproduisons ici le schéma anatomique de Manson, que le chirurgien doit avoir présent à l'esprit :

Ces tumeurs se composent de deux parties (fig.).
1° Une enveloppe dense de peau hypertrophiée (Ae), plus épaisse vers la partie inférieure et s'amincissant graduellement à mesure qu'elle se confond avec la peau saine du



*Schema de l'anatomie de l'éléphantiasis du scrotum
d'après P. MANSON.*

pubis et des cuisses ; 2° Incluse dans cette enveloppe, une masse de tissu aréolaire, lâche, grasseux, hydropique, qu'on peut facilement arracher et dans lequel les testicules, les cordons et le pénis sont incrustés. L'aspect de la tumeur est plus ou moins piriforme. La partie supérieure ou col, sur une section transversale (A) est triangulaire, la base (Bk) du triangle étant en avant, le sommet (Bj) ordinairement quelque peu bécide par suite de la traction sur les plis fessiers vers l'anus, les parties latérales (Bh) vers les cuisses. Dans cette dernière position, la peau, quoique en général plus ou moins malade, est, par suite de la tension plus douce et plus mince qu'ailleurs, et donne au chirurgiens la tentation de l'utiliser pour la formation des lambeaux; ce qui n'est pas toujours un bon procédé. Le pénis (Aa, Bf) est toujours situé à la partie supéro-antérieure du col de la tumeur, il est solidement attaché au pubis par le ligament suspenseur. La gaine du pénis est quelquefois particulièrement hypertrophiée, enroulée comme une corne de bœuf à la surface antérieure de la tumeur, mais ceci est rare.

Généralement; la gaine du pénis est incorporée dans la masse scrotale, le prépuce étant tiré en arrière et renversé de manière à former un long canal qui conduit au gland et qui s'ouvre (Al) à moitié hauteur, ou même plus bas, de la surface de la tumeur. Les testicules (Ac) inclus dans la masse centrale, sont situés d'ordinaire vers la face postérieure, un de chaque côté, généralement plus près de la partie inférieure du scrotum par les restes hypertrophiés du gubernaculum testic (Ad) point qui doit être présent à l'esprit du chirurgien. En règle générale, les deux testicules renferment de volumineuses hydrocèles et des

tuniques vaginales épaisses. Les cordons spermatiques (Ab, Bg) sont aussi épais et très allongés. Les artères qui nourrissent ces énormes tumeurs sont de dimensions considérables ; les veines sont également très larges et, comme il peut s'y faire une régurgitation de sang du tronc, elles sont très aptes à saigner abondamment.

b) *L'oschéotomie.* — Elle comprend les temps suivants :

1° La recherche du cordon et l'isolement des testicules ;

2° L'exérèse ou amputation du scrotum ;

3° La réparation du scrotum avec s'il y a lieu. Réfection du fourreau de la verge.

c) *Les détails de technique.*

1° *Précautions et soins préopératoires.* — Il est indispensable chez ces malades, pour lesquels l'intervention n'est pas le plus souvent une indication vitale, de discuter les *contre-indications possibles*, de la part de l'état général (âge, tares viscérales) ou de l'état local : (envahissement du collet, ulcérations étendues, poussées érysipélateuses).

Le plus souvent, une minutieuse *préparation* est indispensable, destinée à mettre les téguments dans des conditions de résistance à l'infection suffisantes. (Traitement des ulcérations).

Il est toujours indispensable de placer le scrotum, une fois rasé, pendant les jours qui précèdent l'opération, sous un grand pansement aseptique. Un badigeonnage iodé prudent la veille de l'opération pourra être employé.

Avant de choisir le mode d'intervention, un examen minutieux sera nécessaire destiné à localiser la situa-

tion de la verge, celle du cordon et des testicules, à vérifier les régions utilisables des téguments.

2° *Anesthésie* : Les chirurgiens égyptiens ont opéré le plus souvent sans anesthésie ; ils font remarquer que dans la peau des tumeurs éléphantiaques avec hypertrophie considérable la sensibilité est souvent émoussée ; de plus, que généralement les patients ne se soumettent que difficilement à l'action des anesthésiques.

Le docteur Ali-Bey père ne les administrait que sur la demande formelle des sujets. Curling, Frayrer, beaucoup de chirurgiens français et anglais, estiment au contraire que l'anesthésie est indispensable non seulement pour diminuer la douleur, mais encore pour éviter le shock ; la commotion résultant souvent d'une opération longue et douloureuse.

Dans presque toutes les observations que nous avons recueillies, les malades ont été endormis au chloroforme.

Dans nos deux cas, la rachianesthésie à la stovaïne a été employée.

Le chloroforme doit être employé avec prudence, surtout dans les pays chauds où l'on rencontre si souvent ce gros foie tropical de Manson.

L'éther est toujours resté l'anesthésique de choix.

3° *Position du malade*. — Le malade est placé dans la position de la taille.

La *suspension* peut rendre des services dans les cas où la tumeur est d'un volume excessif et ne permet pas à l'aide de la mobiliser facilement : On la traverse à sa base au moyen d'une aiguille de voilier armée d'une petite corde, puis on enlève l'aiguille et on suspend la corde à une poulie. On peut ainsi à son aise, abaisser ou élever

la tumeur, ce qui est précieux surtout pour faire les incisions à la partie inférieure.

4° *Détails de technique du cours de l'intervention.* —

Il ne nous est pas possible de nous étendre sur ces points de technique qui varient pour chaque cas, et que l'on pourra retrouver à la lecture des observations. Mais le chirurgien devra concentrer son attention sur :

- a) *la taille des lambeaux ;*
- b) *la recherche des éléments du cordon ;*
- c) *La libération des testicules ;*
- d) *La libération de la verge ;*
- e) *La protection de l'urètre*

dans le cours de l'exérèse.

f) *La remise en place du testicule et du cordon* et leur protection dans le scrotum au cours de la restauration, de façon à éviter les accidents possibles de torsion.

g) *La réfection du fourreau de la verge et la protection de l'urètre*, dans les cas où l'état éléphantiasique des téguments aura conduit à sacrifier ou émonder le fourreau de la verge, car il ne faut pas oublier la fréquence du sphacèle des téguments à ce niveau et les difficultés d'asepsie dans cette région.

h) *L'hémostase*, pour les mêmes raisons, devra être particulièrement soignée, les hématomes constituant avec la lymphorrhagie la principale cause d'infection et de désunion.

5° Nous n'insisterons pas sur les *soins postopératoires* qui doivent être extrêmement minutieux : ce sont eux qui assurent avant tout le succès d'une intervention pour laquelle rien ne doit être livré au hasard.

Les Résultats

Nous étudierons successivement les résultats immédiats et les résultats éloignés :

a) *Résultats immédiats.*— Dans toutes les observations, à part le malade de Delpech, l'intervention fut suivie de succès et les malades furent guéris.

L'intervention faite dans de bonnes conditions ne donne pas une grande mortalité :

En 1850, Esdaile de Calcutta, sur 161 opérés ne comptait qu'une mortalité de 5 %. Fayrer fut moins heureux puisqu'il perdit 6 opérés sur 28.

Ballingal, de Bombay, 2 sur 21.

Les succès de Mohamed Ali-Bey, du Caire, ont été les plus remarquables : 1 décès seulement sur 180 opérés. A l'hôpital de Calcutta, sur 193 opérés, on a déploré la mort de 18,2 % des opérés.

Tous ces opérés sont mort de pyohémie, diarrhée, tétanos, shock, embolie cardiaque ou pulmonaire.

Quelques-unes de ces morts sont dues à des conditions d'insalubrité et probablement ne seraient pas arrivées en d'autres circonstances.

Les complications post-opératoires telles que rétentions d'urines, gangrène de lambeaux et suppuration ne sont pas mortelles.

b) *Résultats éloignés au point de vue anatomique, fonctionnel et esthétique :*

Le malade est débarrassé de cette masse gênante qui lui rendait la vie insupportable.

Les cordons et leurs éléments qui étaient attirés, allon-

gés par la tumeur se sont rétractés. Les glandes séminales sont sauvées. La verge, munie de sa nouvelle enveloppe de fortune, peut entrer en érection, mais cette érection, quoique quelquefois incomplète, ne gêne guère le malade dans le coït.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

D^r J. LARREY : Dans *Relation historique et chirurgicale de l'Expédition d'Egypte*. 1803.

Jacques Molini, cuisinier du Couvent des Capucins du grand Kaire, me consulta pour une tumeur assez considérable aux bourses, qu'il portait depuis plusieurs années. De forme pyramidale, elle pesait 6 livres. Le testicule droit intact, répondait à la partie supérieure de la tumeur et la verge effacée. Le testicule gauche était confondu avec la masse de chairs formant le sarcocèle et est introuvable. Cette tumeur était formée d'une substance couenneuse et presque cartilagineuse en quelques points. Au milieu de cette masse informe, nous trouvâmes le testicule réduit à un moindre volume ; la plaie fut méthodiquement pansée. Le traitement ne fut troublé par aucun accident, et à mon départ de l'armée pour Alexandrie, je laissai le malade en voie de guérison.

OBSERVATION II

J'attendais le moment où je pus opérer Mohammed Ibrahim, pour faire dessiner son sarcocèle, et en conserver la forme et le volume. Les circonstances ayant détruit mes projets, je ne voulus point quitter l'Egypte sans emporter au moins une esquisse de cette horrible tumeur. Cet infortuné, âgé de 60 ans, était aveugle, et affecté en même temps d'un éléphantiasis aux jambes. Ses jambes, mesurées, étaient moitié plus grosse que ses cuisses, et ses pieds monstrueux. La tumeur

pesait 75 livres environ ; elle était de forme ovulaire, et parsemée, dans sa moitié inférieure, de tubercules rugueux, de croûtes jaunâtres, de sillons et de sinus. Elle était dure, rénitente dans quelques points, mollasses dans d'autres, sans fluctuation. A la partie moyenne et antérieure s'observait une ouverture oblongue, entourée d'un rebord calleux et épais, formé par le prépuce. Cette ouverture conduisait au canal de l'urètre. Les corps caverneux se feraient sentir antérieurement au centre du pédicule de la tumeur et les testicules, sur les côtés et en arrière. Ces derniers paraissaient intacts, les cordons des vaisseaux spermatiques étaient allongés, d'un volume considérable, et les artères, dont les pulsations étaient très sensibles, paraissaient avoir augmenté de calibre.

Cette masse énorme, que cet Egyptien portait à l'aide d'un suspensoir, ne lui causait d'autre incommodité que celle de gêner par son poids les mouvements de la progression.

OBSERVATION III

Un Fellah (paysan) portait depuis 15 ans un sarcocèle pesant environ 100 livres. Après avoir subi divers traitements des médecins égyptiens, il s'adressa à un médecin anglais dans l'espérance d'une guérison parfaite ; il consentit à se laisser appliquer le cautère actuel sans aucun effet. Quelques années après, il consulta un médecin espagnol qui porta profondément un instrument tranchant dans la tumeur, persuadé que la maladie consistait en un hydro-sarcocèle ; mais il n'en sortit que très peu de sang, et le sarcocèle, loin de céder à tous ces moyens, fut en augmentant. Ces deux opérations, au récit du malade, se firent sans douleur. Les cicatrices étaient encore sensibles, lorsque je le vis au Kaire pour la première fois, et il était disposé à subir l'amputation que je lui conseillais. Mon départ pour Alexandrie m'empêcha de la faire.

OBSERVATION IV

Un vieillard sexagénaire du Kaire me fit appeler pour un sarcocèle énorme qu'il portait depuis une vingtaine d'années

et qui, à raison de sa grosseur, l'avait obligé de garder le lit. Les médecins du pays avaient inutilement essayé différents moyens tels que le feu, les caustiques et les incisions. Le dernier médecin qu'il consulta traversa le centre de la tumeur d'un côté à l'autre à l'aide d'une grosse aiguille, large et tranchante sur la pointe, armée d'un gros sétou de linge effilé. Cette opération se fit sans douleur et sans lésion aux testicules, ce qui prouve qu'ils ne participent point à la distension démesurée des bourses. Ce sétou, qu'on faisait courir journellement, avait déterminé un écoulement séreux assez abondant et d'une odeur nauséabonde (le malade était, en outre, affecté d'éléphantiasis). L'usage prolongé du sétou avait causé un peu de diminution à la tumeur. Cependant ce sétou ne promettait pas plus que les autres moyens qu'on avait déjà employé.

Je proposais l'amputation, dont le malade sentit lui-même la nécessité, et j'allais la pratiquer, lorsque l'ordre de me rendre à Alexandrie, que les Anglais menaçaient d'un débarquement, me força de laisser cet infortuné vieillard.

OBSERVATION V

DELPECH : Observation d'un cas d'intumescence énorme du scrotum, symptôme d'éléphantiasis. *In Chirurgie clin. de Montpellier*, 1828, t. II, p. 5.

J. A., âgé de 35 ans, né à Perpignan était doué d'une forte constitution. Son père, doué d'une constitution athlétique comme la sienne, n'ayant jamais éprouvé d'affection grave, a succombé à l'âge de 55 ans à une maladie aiguë rapide.

Sa mère n'a jamais éprouvé de maladies graves.

J. A. est marié, sa femme, saine, n'a jamais éprouvé d'affection cutanée, elle est mère de 3 enfants, dont le premier mourut, âgé de 6 mois, d'une maladie consomptive ; les 2 autres jouissent d'une santé parfaite.

A 25 ans, il fut admis dans la gendarmerie à cheval. Deux ans plus tard, il se manifesta au prépuce une légère ulcération, qui fut aussitôt touchée légèrement avec un caustique : la cautérisation fut suivie de vives douleurs et d'une inflammation intense. J. A. obtint une permission de 3 mois et se

rendit dans sa famille, où il subit un traitement anti-syphilitique par les frictions mercurielles.

— A l'expiration du congé, l'ulcération n'était pas entièrement cicatrisée ; mais le malade voulut rejoindre son corps, et les fatigues de l'équitation renouvelèrent bientôt les douleurs et l'état inflammatoire. L'engorgement faisait des progrès, lesquels en deux mois, s'étendirent à tout le prépuce ; mais il devenait en même temps de plus en plus indolent, et la peau, dont le tissu propre était infiltré, était duré, tuberculée et chargée de rides profondes. Tels étaient les premiers symptômes d'une tumeur qui devait devenir énorme. Cette même affection de la peau fit perdre sa consistance naturelle à celle de tout le scrotum, particulièrement de sa partie inférieure, elle devint successivement partout brune, dure, épaisse, tuberculée, et coupée de rides profondes, le tissu cellulaire sous-jacent contracta également un engorgement considérable : là, l'intumescence était d'abord pâteuse ; elle devenait ensuite considérable, dure et très lourde. Cette dernière circonstance entraînait le scrotum vers le bas, et distendait avec lui le fourreau de la verge ; cette partie des téguments se roulait en dedans à mesure qu'elle suivait le scrotum, en s'éloignant du membre viril ; en sorte que ce dernier disparaissait successivement, et se laissait confondre et comme enfouir dans la masse commune de la tumeur.

L'engorgement du tissu cellulaire plaçait aussi les deux testicules à une profondeur plus grande, de manière qu'il devenait à chaque instant plus difficile de les distinguer à l'extérieur. En cet état, le malade quitta la gendarmerie. Pendant l'année suivante, l'accroissement de la tumeur fut très rapide, et sa partie inférieure devint très irrégulière. Sur sa partie antérieure, on remarquait une sorte d'ombilic, par lequel se faisait l'émission des urines. Il se présenta à l'hôpital de Perpignan, où l'on essaya, pendant peu de temps, quelques préparations mercurielles. Bientôt après, il fut envoyé à Montpellier, et admis à l'hôpital Saint-Eloi en juillet 1820. Il y avait alors 7 ans que la maladie avait commencé, et voici quel était l'état des choses.

Il était évident que la peau du pénis, celle du scrotum et tout le tissu cellulaire de cette dernière partie, étaient affec-

tés d'éléphantiasis ; mais aucun autre symptôme de la même affection ne se montrait nulle part.

La tumeur à peu près piriforme, aplatie transversalement, divisée en trois lobes principaux dans sa partie inférieure et antérieure, s'étendait jusqu'au dessous du mollet, présentait une saillie en arrière et tenait au périnée et à l'hypogastre par un collet ou pédicule, qui occupait tout l'espace compris entre la région pubienne, les deux aines et l'anus.

Ce collet présentait 18 pouces de circonférence dans sa moindre épaisseur, il était beaucoup plus large en avant, où il enveloppait les deux anneaux et les cordons spermatiques, que l'on ne pouvait distinguer à l'extérieur : il était beaucoup moins étendu en arrière, où il semblait réduit, par la compression des fesses, à la largeur du périnée. Dans les parties postérieures et latérales du contour de ce collet, la peau paraissait saine, souple, et d'autant plus mince, qu'elle avait été plus distendue, en avant et jusqu'à la région pilieuse du pubis, elle était beaucoup plus épaisse, mais d'une consistance telle qu'on pouvait, lorsque le malade était couché horizontalement, y former des plis, dans l'épaisseur desquels l'infiltration du tissu cellulaire sous-jacent était dissipée par la compression des doigts. Dans quelque position que l'on plaçât le malade et la tumeur, on ne pouvait distinguer, dans ce même collet, aucune partie des organes génitaux.

A partir d'une zone horizontale, répondant au point moyen de la hauteur de cette masse, la peau était dure, bosselée, adhérente, et cet état n'était nullement changé par la compression exercée avec les doigts. Les parties sous-jacentes présentaient là, une grande consistance : cependant, la forme de la masse entière pouvait être légèrement altérée par une forte compression exercée d'avant en arrière ou d'un côté à l'autre. Le malade assurait qu'il éprouvait la sensation particulière qui résulte de la pression des testicules, lorsqu'il comprimait les côtés de la tumeur, à environ un pied de distance des anneaux.

Cette masse avait été pesée à Perpignan, et estimée environ 60 livres. Elle rendait la marche et la station fort pénible.

En examinant les choses attentivement, nous remarquâmes la souplesse, l'état naturel de la peau vers les parties posté-

rieures et latérales du collet, de la tumeur ; que la peau antérieure dans ce même collet, beaucoup épaisse, était pourtant susceptible d'être amincie par la compression, laquelle semblait expulser la sérosité dont il aurait été infiltrée. Cet état de la peau antérieure dans une étendue de 6 pouces verticalement, à partir de la région du pubis et de l'une à l'autre aine, contrastait d'une manière remarquable, avec la dureté et l'adhérence des téguments dans tout le reste de la tumeur.

Ces premières remarques donnèrent une lueur d'espoir. Nous connûmes la possibilité de former trois lambeaux des téguments sains qui embrassaient le collet de la tumeur, pour en envelopper les parties sexuelles, si ces dernières pouvaient être dégagées de la masse morbifique. En effet, ces organes devaient être dans l'état naturel ; ils se livraient à leurs fonctions avec les symptômes et les résultats ordinaires. Ils ne pouvaient être dégagés, que par une dissection qui les dénuderait entièrement : mais l'amputation de la tumeur étant faite ensuite, au niveau du périnée, ces mêmes organes pouvaient être revêtus tout aussitôt par des téguments sains, avec lesquels ils pouvaient se confondre, au moyen de l'inflammation adhésive.

Le membre viril et les testicules étaient comme perdus dans cette masse ; les indications que donnait le malade, et qu'il tirait de ses propres sensations, étaient beaucoup trop vagues pour pouvoir y compter. Mais l'orifice du prépuce existait au fond de la tumeur ; il était probable qu'après avoir disséqué les trois lambeaux des téguments, il serait possible de placer, avec une certaine précision, une incision dans le tissu cellulaire selon la direction de l'anneau inguinale, de manière à tomber bientôt sur le cordon spermatique : ce dernier devait être un guide sûr, et conduire jusqu'au testicule en assez peu de temps. Ces derniers organes devaient être placés assez loin des anneaux ; les sensations du malade le faisaient présumer : il était très vraisemblable qu'ils n'avaient pu se conserver complètement isolés ; et alors le poids de la tumeur scrotale devait avoir allongé les cordons spermatiques. La verge devait se trouver prolongée, aussi bien que les cordons spermatiques, par le poids de la tumeur. L'étendue excédente de ces parties pouvait faire appréhender une disproportion

fâcheuse de la part des lambeaux de peau saine destinés à les revêtir ; mais on pouvait compter que la distension venant à cesser, les cordons spermatiques, les corps caverneux, les tissus de l'urètre, se rétracteraient avec assez de rapidité, et que l'on retomberait ainsi bientôt dans les proportions naturelles. Un semblable projet exigeait beaucoup de temps pour son exécution, à cause de précision qu'il réclamait ; mais le malade était jeune, robuste, d'une constitution athlétique, doué d'un grand courage et animé d'un désir de guérir proportionné à l'immense étendue que sa maladie avait acquise, à l'impuissance de l'art, qu'on ne lui avait dissimulée nulle part, et à la détresse de sa position et de celle de sa famille.

Toutes considérations bien pesées, l'opération fut regardée comme praticable, proposée au malade, qui l'accepta avec empressement, et mise à exécution le 11 septembre 1820. Quoique cette époque fut la saison des vacances, l'attente de cette opération avait piqué suffisamment la curiosité, pour que le nombre de spectateurs dépassât celui de trois cent.

Opération :

Le malade fut couché horizontalement, les jambes et les cuisses étaient dans la flexion et l'abduction. La tumeur étant embrassée horizontalement, et dans sa zone moyenne, par une large ceinture faite d'une grande nappe ; deux aides, placés debout sur le lit, un de chaque côté du malade, furent chargés de soutenir et varier la position de la tumeur, à la faveur de cette ceinture, dans la durée de cette opération.

Placé en face du malade, entre les membres inférieurs, nous traçâmes d'abord, avec de l'encre, les incisions que nous nous proposions de faire.

Les deux principales devaient commencer, chacune dans la région de l'anneau inguinal ; décrire en descendant, une grande courbe, dont le sinus serait tourné en haut, en interceptant obliquement un des côtés du collet de la tumeur, pour venir finir devant l'anūs : là ces deux incisions devaient se réunir sous un angle assez aigu. Trois autres incisions furent également tracées. Les deux premières décrivaient chacune une courbe, dont le sinus était dirigé en dehors ; elles commençaient, de chaque côté, sous le cinquième antérieur de la grande incision courbe latérale, et se terminaient, l'une et

l'autre, quatre pouces plus bas, au point où une légère verticale aurait fait la tangente de cette nouvelle courbe. La troisième et dernière incision fut tracée par une ligne horizontale, qui réunissait l'extrémité inférieure des deux dernières sections courbes. L'ensemble de ces cinq incisions devait intercepter trois lambeaux de peau, dont un antérieur de forme pentagone, tenant à une base plus étroite, qui pouvait représenter un sixième côté, et deux lambeaux demi-circulaires, séparés entre eux par le lambeau antérieur, et réunis postérieurement attenant l'anus.

Un bistouri convexe divisa les téguments, en suivant exactement le dessin que nous venions de tracer. Les deux lambeaux furent disséqués d'abord, en poussant leur isolement jusqu'à la hauteur de l'arcade des os pubis. L'aponévrose fascia lata se trouvant dénudée à la base de chacun des lambeaux, parce que tout le tissu cellulaire du périnée et une partie de celui de la racine de la cuisse, avaient été attirés vers la tumeur, et intéressés, jusqu'à un certain point, dans l'affection du scrotum. Le troisième lambeau fut également disséqué jusqu'à sa base, c'est-à-dire jusqu'à la hauteur de l'arcade crurale et des os pubis.

Dans la dissection de ces trois lambeaux, nous eûmes soin de ne prendre que la peau et le tissu cellulaire lâche et tout à fait exempt d'infiltration : la chose fut aisée pour les lambeaux latéraux, où le tissu cellulaire sous-jacent était sain. Il n'en fut pas de même du lambeau antérieur, où l'infiltration s'étendait jusqu'au tissu dermoïde lui-même ; à la vérité, les parties n'étaient pénétrées que de sérosité coulante. Plusieurs ligatures furent faites de suite, à la base des trois lambeaux. Nous fîmes alors, sous l'extrémité antérieure du lambeau latéral droit, et vis-à-vis de l'anneau inguinal correspondant, une section dans le tissu cellulaire, que nous prolongeâmes de plusieurs pouces vers le bas, en suivant la direction de l'axe de l'anneau. Nous creusâmes de la sorte, à deux pouces de profondeur, et nous rencontrâmes un paquet de vaisseaux marchant de concert vers le fond du scrotum, et dans la direction déjà décrite : en les poursuivant rapidement vers le bas, nous le vîmes se disséminer ; ce qui les fit reconnaître pour ceux qui sont désignés sous le nom de honteux

externes. Ils furent coupés et liés, un à un, au niveau de l'aine.

Pour lever sur le champ tous les doutes sur ce qui venait de se passer, des recherches de la même espèce furent exécutées de suite dans le côté gauche ; elles donnèrent le même résultat. Après avoir également lié et coupé les vaisseaux honteux externes du côté gauche, nous fîmes, de ce même côté, des recherches plus étendues dans la même direction, et nous trouvâmes, à une profondeur bien plus grande, le cordon des vaisseaux spermaticques, que son enveloppe musculaire fit reconnaître aussitôt.

En découvrant le muscle crémaster, nous fîmes plusieurs remarques : il paraissait plus épais, plus rouge et plus étendu qu'à l'ordinaire ; il semblait envelopper un cylindre beaucoup plus volumineux que n'est le cordon spermatique dans l'état naturel ; ce qui pouvait faire présumer, comme nous l'avions pensé d'avance, que ce même cordon avait souffert de grandes violences par le tiraillement de la tumeur, et qu'il faudrait chercher les testicules à une grande distance de l'anneau, conformément aux indications que le malade avait données. Nous avions déjà pénétré au moins à quatre pouces de profondeur dans l'épaisseur de la tumeur, suivant une ligne diagonale qui se serait étendu de l'aine gauche vers la fesse droite ; et l'on pouvait être frappé de la différence entre le tissu dense, lardacé, en partie fibreux, qui la composait, et un tissu cellulaire lâche, transparent, perméable, facile à déchirer, qui enveloppait immédiatement le cordon spermatique : le doigt pénétrait facilement dans ce dernier tissu, et isolait sans obstacle le cordon, lequel semblait ainsi logé dans une sorte de cavité cylindrique pratiquée dans la masse de la tumeur ; on pouvait inférer de là, que le testicule serait libre et facile à dégager. Le doigt indicateur gauche étant engagé le long du cordon spermatique, à la faveur de la délicatesse du tissu qui l'entourait immédiatement, servit de guide pour l'étendue et la direction des incisions à pratiquer dans toute l'épaisseur de la tumeur, pour mettre le testicule à découvert : la distance de l'anneau à laquelle il fallut parvenir de la sorte fut d'un pied. Le testicule fut trouvé un peu plus volumineux que dans l'état naturel, mais

souple, mollet, blanc, sans épanchement dans la tunique vaginale, et fixé beaucoup plus solidement par son extrémité postérieure, au fond de l'espèce de cavité qui le contenait, que ne l'était le cordon spermatique dans toute sa longueur. Néanmoins, on ne trouvait aucun caractère du tissu propre de la tumeur, dans cette partie du tissu cellulaire qui unissait plus intimément le testicule aux parties environnantes. En jugeant des choses par l'aspect, il était probable qu'il y avait eu là un point inflammatoire. Du reste, le testicule avait conservé cette sensibilité exquise qui lui est propre ; et, lorsque, dans les efforts qui furent faits pour le dégager entièrement, on le comprimait fortement, le malade se plaignait d'une douleur atroce, et telle que, disait-il, il cesserait bientôt de respirer et de vivre, si elle se prolongait. En effet, cette douleur semblait suspendre les mouvements de la respiration, ce qui obligea à laisser, par intervalle, quelques instants de relâche. Le testicule gauche fut entièrement dégagé, le cordon spermatique dénudé jusqu'à l'anneau, et l'un et l'autre furent déposés sur l'abdomen.

Des recherches de la même espèce firent bientôt découvrir le cordon spermatique droit près de l'anneau inguinal : il fut reconnaissable également, au développement du muscle crémaster, et à la disposition particulière du tissu cellulaire qui l'environnait immédiatement : le cordon tout entier paraissait logé dans une cavité cylindrique pratiquée au dépens de la tumeur, d'environ un pied de longueur, et aux parois de laquelle il en tenait que par un tissu cellulaire fort mou et facile à déchirer. Le doigt indicateur servit également de guide pour les incisions à la faveur desquelles nous mîmes le testicule droit à découvert ; cet organe était beaucoup plus libre que le testicule opposé, dans l'excavation qui le contenait : il fut aisé de l'isoler en déchirant le tissu cellulaire qui l'environnait ; et cette partie de l'opération, qui fut bien moins difficile qu'elle ne l'avait été du côté gauche, causa aussi beaucoup moins de douleur au malade ; le testicule fut déposé sur l'abdomen.

Nous cherchâmes à découvrir les corps caverneux devant la région pubienne en faisant plusieurs incisions transversales dans la masse des parties molles qui occupait l'intervalle des

deux anneaux ; mais la grande densité des tissus que nous incisions, fit appréhender quelque erreur et nous fit adopter un procédé plus sûr. Le doigt indicateur gauche fut porté dans le sinus du fond de la tumeur par lequel les urines étaient répandues, et qui répondait à l'orifice du prépuce, il servit de guide pour les incisions qu'il fallut pratiquer de bas en haut, dans l'intention de fendre ce conduit et l'espèce de chou-fleur qui en surmontait l'orifice et de remonter ainsi jusqu'au gland. Le doigt reconnut ce dernier organe à un pied d'élévation, et nous mîmes plus de circonspection dans les incisions qui pénétraient jusqu'à lui. Aussitôt, cette même section verticale fut plongée jusqu'à la partie supérieure ; et tout le devant de la tumeur ayant été fendu de la sorte, depuis la base du gland jusque vis-à-vis la symphyse du pubis, cette grande incision favorisa la dissection au moyen de laquelle on mit à nu les corps caverneux à droite et à gauche, en procédant toujours du gland vers la racine de la verge. Ce soin était nécessité par la densité des parties au milieu desquelles la verge était plongée : si l'on avait perdu de vue un instant le tissu fibreux des corps caverneux, pour laisser une couche de tissu cellulaire attaché à la verge, on se serait certainement égaré. Il n'en fut pas de même des rapports de la face postérieure de la verge et du canal de l'urètre : nous disséquâmes de même en parties, en procédant de bas en haut, après avoir coupé le prépuce tout autour de la base du gland, elles furent trouvées ne tenant au corps de la tumeur, que par un tissu cellulaire lâche et demi transparent, tout à fait distinct de la masse morbifique : aussi cette dissection fut-elle très rapide, et permit de laisser une couche de tissu cellulaire sain attaché à la face inférieure de la verge. Le membre viril étant entièrement isolé, fut déposé sur l'abdomen avec les deux testicules. Nous procédâmes alors à la section du pédicule de la tumeur ; mais nous avions de trop bonnes raisons de suspecter sa structure, pour négliger de la faire avec soin : ce fut donc en mettant à nu, par une dissection attentive, tous les organes du périnée. Nous découvrîmes d'abord, le pilier gauche de l'arcade du pubis, puis le corps caverneux gauche, et successivement le canal de l'urètre avec son bulbe et sa partie membraneuse, les muscles ischio et

bulbo-caverneux, les sphincters de l'anus, le corps caverneux droit et le pilier droit de l'arcade du pubis, par lequel cette dissection fut terminée.

La tumeur étant enfin abattue, nous eûmes encore plusieurs vaisseaux à lier ; parmi lesquels, l'artère de la cloison du scrotum, les artères dorsales de la verges, l'artère transversale du périnée, celle de bulbe à droite et à gauche, et plusieurs rameaux des hémorroïdales inférieures. Tous ces vaisseaux furent assujettis par des ligatures distinctes : le grand nombre de ces dernières fit renoncer à la conservation de leurs chefs, que nous coupâmes tout contre les nœuds, afin de n'avoir pas d'interposition dangereuse.

Les testicules furent déposés sur le périnée des deux côtés de la racine de la verge ; la grande étendue des cordons spermatiques mit dans la nécessité de disposer ces derniers de manière à fournir plusieurs courbes ou zig-zags, pour qu'ils puissent tenir dans le petit espace qui régnait entre l'anneau et la nouvelle situation du testicule. Ces parties furent assez difficiles à contenir dans cette position.

Les deux lambeaux latéraux des téguments furent rapprochés entre eux et assujettis par des points de suture entrecoupée, qui se succédaient de pouce en pouce depuis l'anus dans les quatre cinquièmes postérieurs du bord libre de ces mêmes lambeaux. Nous étions parvenus de la sorte jusque sous la racine de la verge, et nous suspendîmes cette suture médiane pour former le fourreau de la verge. Le lambeau antérieur fut roulé autour de ce dernier, de manière que les deux côtés du lambeau qui portaient des anneaux inguinaux, furent laissés libres, que les deux suivants furent affrontés entre eux le long du canal de l'urètre, et assujettis de huit en huit lignes par autant de points de suture entrecoupée. Le côté moyen de ce lambeau tournait ainsi circulairement au-dessus de l'extrémité du gland et représentait le bord libre d'un prépuce. L'opération avait duré cinquante-sept minutes ; il parut important de faire cesser au plus tôt, les sensations douloureuses que le malade éprouvait : en conséquence, tandis que nous procédions aux sutures, il prit 60 gouttes de laudanum dans deux onces de'eau.

Un pansement et un bandage en T furent appliqués solidement sur la plaie.

La tumeur, pesée environ une heure après son extirpation, pesa 50 livres. Immédiatement après l'opération, pouls profond et insensible, membres froids, face décolorée, esprit sain.

Le 12 septembre : température un peu plus élevée ; pouls plus consistant, fréquent ; calme d'esprit, souplesse du ventre ; point d'urine ; légères douleurs aux lombes ; mortification de la peau qui correspond à l'extrémité de la verge. Le soir, le malade sent quelques envies d'uriner ; néanmoins, la vessie n'est pas distendue. La nuit a été tranquille, émission environ 10 onces d'urine, sans difficulté ni douleur.

Le 13 septembre, pouls à 110 pulsations. Le soir, température élevée : pouls, 110 puls. Saignée de 10 onces. Nuit calme.

Le 14 septembre : pouls à 96 puls. Température douce. Suppuration peu abondante.

Le 15 septembre, état naturel sous tous les rapports.

Le 18 septembre : pouls à 65 puls. Suppression de tous les points de suture ; la réunion est faite dans un grand nombre de points.

Le 20 septembre : l'état général est bon ; suppuration de bonne qualité.

Le 15 septembre : suppuration moins abondante et de bonne nature.

Le 13 novembre : plaie cicatrisée, le malade fut gardé à l'hôpital de Montpellier jusqu'au commencement de février.

Le malade n'avait point recouvré tout l'embonpoint dont il jouissait avant son opération. Nous avons obtenu de lui la sobriété que son état exigeait, surtout d'être très réservé dans l'usage du vin.

Il nous paru convaincu, et nous étions bien loin de penser qu'il oublierait si promptement les sages avis que nous lui donnions.

Nous le recommandâmes particulièrement au docteur Massot de Perpignan.

A Perpignan, le malade, se livrant à ses plaisirs, mourut le 23 février.

Une mort aussi prompte, venant de frapper un sujet aussi

précieux à l'art de guérir, demandait l'ouverture du cadavre, pratiquée par le docteur Massot.

Le foie est d'un volume extraordinaire. Du lobe droit jaillit environ une pinte de pus. Les reins ne diffèrent nullement de celui des abcès qu'on a vu se former, les environs du foyer étaient d'un rouge brunâtre.

Lès reins, plus volumineux que de coutume, étaient dans un bon état ; les intestins n'offraient rien d'extraordinaire.

Testicules, enveloppe, canal déférent et autres parties des cordons jusqu'aux vésicules séminales inclusivement étaient en bon état.

Rien aux poumons ni au cœur.

OBSERVATION VI

LLOYD : Eléph. du scrotum, ablation. *In the Lancet.* 1874.

M. Agi, âgé de 27 ans, est admis, le 2 août 1873, à l'hôpital civil de Calcutta, avec un énorme éléphantiasis au scrotum, datant de 15 ans, et descendant, lorsque le sujet est debout, à trois travers de doigts du sol. Le malade raconte que le début de la tumeur était marqué par des démangeaisons au scrotum, poussées de lymphangite et fièvres. Ces accès étaient mensuels et n'ont cessé que depuis trois mois. Cette énorme tumeur, malgré son poids ne l'empêcha pas de faire trois pèlerinages à la Mecque.

Le malade, en outre, est atteint d'éléphantiasis aux jambes. Etat général satisfaisant. Le cœur est en très bon état.

La tumeur est piriforme, pédiculée. Au centre, un petit orifice correspond au méat urinaire.

Dimension de la tumeur :

Hauteur : 1 m. ; Circonférence : 1 m. 10 ; Circonférence du collet : 0 m. 36.

Le 21 août, la tumeur est maintenue relevée pendant une heure, afin de diminuer la pression du sang dans cette masse.

Le malade est endormi au chloroforme. Une bande hémostatique est passée autour du collet et serrée fortement.

Un conducteur est introduit dans l'urètre. Une incision verticale et profonde est faite sur le pénis senti à travers l'œdème.

La verge disséquée, libérée est posée sur l'abdomen. Une longue incision est faite dans la direction du cordon gauche. Destruction des adhérences, incision de la vaginale, évacuation d'une petite quantité de liquide d'hydrocèle, testicules mis sur l'abdomen.

Le testicule droit est énuclé par une autre incision. Une incision transversale réunit les deux premières incisions de recherche des testicules et la tumeur est relevée. Une quarantaine de ligatures assurent l'hémostase. L'ymphorragie. Pas d'hémorragie grave à signaler. Le pénis, les testicules sont attouchés à l'huile phéniquée tiède.

Les testicules tenant aux cordons allongés descendent aux genoux. Les cordons sont entortillés et logés à côté des glandes séminales dans leur nouvelle poche. La verge est recouverte par lambeau antérieur.

La tumeur pèse 35 kilog. 500.

Après sept semaines le malade quitte le lit ; la plaie est complètement cicatrisée.

OBSERVATION VII

H..., mahométan, âgé de 26 ans, est admis le 13 septembre 1873, à l'hôpital civil de Calcutta, avec un éléphantiasis du scrotum qui date depuis 10 ans.

A la demande du malade, je résolus l'opération, bien qu'il ne fut pas en parfaite santé et qu'il eût une légère toux. Alors la vie lui était un fardeau à cause de la tumeur qui grossissait, et qui tendait seulement à l'affaiblir si on la laissait. Aussi la tumeur fut enlevée avec succès le 18 septembre. On fit environ trente ligatures. Les temps de l'opération furent semblables à ceux de la précédente, sauf pour un testicule (le droit) qui, ayant été trouvé altéré, fut enlevé et les vaisseaux du cordon liés.

Le poids de la tumeur était de 30 kilog.

Le cas progressa bien dès le début, avec guérison complète très rapide et rétraction du testicule restant.

Remarque. — Cette forme de tumeur se voit parfois dans le U. K., c'est le Dr Liston qui enleva avec succès dans ce

pays, la plus grosse tumeur à Edimbourg. Dans ce cas, les testicules et le pénis furent laissés.

Le poids de la tumeur était de 56 kilogr.. Un cas intéressant d'une tumeur pesant 75 kilogr. fut publié par le Dr Wiblen, dans *Transaction of the Medico-Chirurgical Society for 1863*. L'homme mourut peu après l'opération.

Dr Fayrer, chirurgien à l'hôpital de Calcutta, dans son travail sur la Chirurgie clinique dans l'Inde, rapporte un nombre de cas qu'il a opérés avec bons résultats dans la plupart des cas.

OBSERVATION VIII

GOODMAN : Eléph. énorme du scrotum. Excision, guérison.
In the Lancet. Vol. VII, 1876.

En août 1874, j'ai examiné un native de Fiji portant un énorme éléphantiasis du scrotum. Domash, souffrant de cette horrible tumeur me réclama l'ablation. Il était âgé de 45 ans, chétif, mais conservant bon appétit. La tumeur piriforme, descend jusqu'au talon. Sa plus grande circonférence mesure un mètre la petite circonférence 0 m. 20.

D'une consistance dure par endroit, molle vers la base avec légère fluctuation. La peau écailleuse est formée de tissus aréolaires. Le pénis est fortement rétracté. Sa jambe gauche jusqu'au genou est atteinte de la même affection. Le même mal attaque son cou-de-pied droit. La maladie existe depuis des années. Après un examen attentif, j'ai décidé l'intervention tout en exposant au malade les risques qu'il allait courir.

Domash accepta l'intervention et fut mis pendant quelques jours en observation à l'hôpital. Malheureusement, un accident m'obligea à intervenir d'urgence : quelques morceaux de charbon ardent étant tombés sur cette masse éléphantiasique, provoquant des brûlures étendues.

Assistants : D^{rs} Cruickshank et Good.

Le 5 août : Malade placé sur une table, la tumeur enveloppée dans un linge en calico et soulevée en l'air pendant une demi-heure de façon à la vider du sang qu'elle contient. Aus-

sitôt après, un clamp de 15 cm. de long. fut placé à la base de la tumeur. Anesthésie au chloroforme. Le clamp est fortement serré et servant de lien hémostatique. Debout, à gauche de la tumeur, armé d'un grand couteau, je fis une incision semi-lunaire au-devant du clamp de 5 cm. de profondeur, divisant ainsi les tissus arcolaire ; lymphorrhagie. Les testicules sont enfouis dans cette masse, leurs tuniques sont altérées, distendues et dans un mauvais état. Leur ablation est nécessaire. Ligatures soignées de tous les vaisseaux, surtout de sinus veineux. La tumeur est enlevée.

Durée de l'opération : 25 minutes.

Poids de la tumeur : 22 kilogr.

Le cas a progressé favorablement, très légère suppuration, la plaie s'est cicatrisée par première intention.

Le malade quitte l'hôpital satisfait vers la moitié de septembre.

OBSERVATION

Traduit et analysé, *In Arch. Med. Nav.*, T. XXX, 1878, p. 314.

M. Bentley, médecin colonial à Singapore, publie dans la *Lancet* du 1^{er} juin 1878, un cas d'éléphantiasis scrotal, traité avec succès, par les préparations mercurielles. L'importance de ce résultat nous engage à traduire cette observation, en faisant, bien entendu, toutes les réserves que commande un pareil sujet.

Eléphantiasis du scrotum : Bien que ce ne soit pas un cas de guérison complète, il y a eu, chez le malade une amélioration si marquée, sous l'influence du traitement, que M. Bentley n'hésite pas à admettre qu'une issue favorable ne se fût produite si les moyens employés avaient pu être continués assez longtemps.

Le chinois J..., âgé de 30 ans, admis à l'hôpital de Tan-Tock-Seng, en octobre 1877, raconte qu'il est malade depuis 10 ans. Il n'a jamais eu la fièvre en Chine. A son arrivée à Singapore, il a eu de fréquents accès qui ont été suivis d'un accroissement rapide de la tumeur. A son entrée à l'hôpital, la circonférence du scrotum mesurait 55 centimètres ; la peau

était hypertrophiée ; de gros nodules en chapelets se succédaient le long de la face inférieure du pénis et sur le raphé médian du scrotum.

Plus du 2/3 du pénis étaient cachés dans la tumeur. Les ganglions lymphatiques étaient hypertrophiés à gauche, mais non à droite. On applique une couche d'onguent mercuriel ; on fit un pansement compressif, le scrotum fut suspendu.

Un gargarisme au chlorate de potasse et 0 gr. 50 d'iodure de potassium, trois fois par jour, furent donnés au malade.

Le 2 novembre, accès de fièvre, le scrotum devint chaud et douloureux, le pansement fut retiré. Le 3, nouvelle application d'onguent mercuriel et du pansement compressif.

Le 13, la tumeur ne mesurait plus que 33 centimètres de circonférence ; le pénis était plus dégagé, plus pendant ; la peau du scrotum était devenue plus souple et les nodules avaient disparu.

Malheureusement, M. Bentley rentra le lendemain en Angleterre ; le résultat final lui est demeuré inconnu, mais la diminution si marquée qu'a subie la tumeur pendant le peu de temps qu'a duré le traitement lui semble parler d'elle-même et le dispenser de tout commentaire. Il est fâcheux qu'un correspondant n'ait pas comblé cette regrettable lacune : le cas en valait la peine.

OBSERVATION IX

Clinique d'outre-mer

Dr DUCHATEAU, médecin de 1^{re} classe de la marine.

In Archives Med. Navales, tome XXXIV. 1880.

Matar Fall est originaire de Cayor, centre endémique de l'éléphantiasis. Rien dans ses antécédents héréditaires. Il est âgé de 42 ans, atteint de fièvres intermittentes et de bronchites. Il donne des détails peu précis sur le début de son mal, début qui remonte à 5 ans. La marche de la tumeur n'a pas été informe, mais intermittente.

L'étiologie de l'affection est des plus obscures, Matar dit avoir contracté la syphilis dans sa jeunesse et n'avoir suivi

aucun traitement curatif. Pourtant, il n'existe sur le corps aucune trace, aucune cicatrice, dénotant cette maladie.

Le malade se souvient avoir eu il y a 5 ans, sur les bourses, des boutons qui provoquaient une vive démangeaison.

Cette éruption s'est montrée, à diverses reprises, depuis le début de l'affection, coïncidant avec des douleurs lancinantes profondes ressenties dans le scrotum. Cette éruption était suivie d'une phase d'augmentation de la tumeur.

Le malade appartient à une classe aisée et habite une case confortable. Les moustiques ne sont point abondants dans le village où il demeure, et il ne connaît pas dans le voisinage de sa case d'indigènes atteints d'éléphantiasis des jambes, du scrotum ou des grandes lèvres. Il a deux femmes ; peut, quoique difficilement, pratiquer le coït complet et a eu un enfant. L'accroissement de la tumeur l'a contraint à renoncer à sa profession de chancelier. Sa démarche est lente et les premiers pas qu'il fait sont hésitants jusqu'à ce que la tumeur ait acquis un mouvement pendulaire concordant avec chaque pas. Cette tumeur, est du reste indolore et Matar s'y asseoit. Elle a une forme de grosse poire avec collet au-dessus de la *vulve* (orifice au fond duquel se trouve logé le gland). Dans la station debout, la verge est totalement perdue dans la tumeur et l'urine, lors de la miction, s'écoule le long du raphé antérieur. Le malade couché, il est possible, par des pressions aux alentours et des tractions modérées sur le gland de la faire saillir à l'extérieur ; pendant l'érection, la verge dépasse un peu la vulve, et c'est ce qui explique comment le coït est encore possible, quoique difficile. La peau du scrotum est comme verruqueuse, très épaisse au-dessous du plan vulvaire ; au-dessus, elle est lisse, plus mince, fortement tirillée au niveau du collet.

Les mesures métriques prises avec soin ont donné les résultats suivants :

Hauteur de la partie sup. de la vulve au plan inf. 0 m. 28

Hauteur du bord inf. de la symphyse pubienne au plan de la tumeur 0 m. 52.

Circonférence au niveau du collet, 0 m. 33.

Circonférence au niveau de la vulve, 0 m. 72.

Circonférence à 0 m. 10 au-dessus du plan inférieur 0 m. 69.

La tumeur pèse 6 kilog. 800.

L'examen microscopique su sang extrait par piqûres du scrotum n'a montré aucune filaire (*Filairia sanguinis hominis*).

Le Dr Forné l'avait constatée chez un Gaborrais atteint de la même affection.

Opération : L'amputation à trois lambeaux, l'un antérieur et deux latéraux, me parut d'abord la plus favorable en ce sens qu'elle permettait de rechercher les testicules à l'aide des incisions servant à tailler les lambeaux ; mais, après avoir examiné de plus près le malade et m'être convaincu que la peau de la verge pouvait être utilement conservée dans presque toute son étendue, sauf le 1/3 postérieur, je pensai, d'accord avec le Dr Forné, qu'il voudrait mieux avoir recours à une amputation à deux lambeaux latéraux après énucléation préalable des testicules à l'aide de deux incisions faites à faux frais et ne devant point concourir à la formation des lambeaux.

La verge pouvant être amenée au dehors, ce procédé me parut le plus pratique pour mettre à profit cette heureuse disposition.

La tumeur étant très volumineuse, flasque et difficile à manier par un aide pour l'opération, un moyen simple dû au Dr Forné, me mit à l'abri de ces inconvénients : ce moyen consiste à suspendre, au moyen d'une corde, passant dans une poulie, la masse embrochée à sa partie inférieure.

Cette poulie est supportée elle-même par une traverse disposée au-dessus du lit d'opération.

De simples mouvements d'élévation et d'abaissement permettent ainsi d'accomplir aisément les divers temps de l'opération sans être gêné par la présence d'un aide dont les mains maintiendraient, du reste, une masse aussi mobile.

Le 25 avril 1880. *Anesthésie* : potion de 5 gr. chloral chloroforme. L'opération comprend 4 temps :

1° *Recherche des testicules* : Je m'étais assuré la veille de l'opération, tant par la palpation que par la sensation de douleur caractéristique à la pression, de la position exacte des

testicules, situées à la partie postéro-supérieure au niveau de la vulve, le malade étant dans le décubitus dorsal. Il était aussi parfaitement certain qu'il n'existait point de hernie. Il fut d'abord procédé à la recherche du testicule gauche, une incision de 0 m. 20 environ fut faite le long du cordon, très sensible à travers les tissus. Cette incision commença à trois travers de doigts à peu près au-dessous du pubis. Les diverses couches furent incisées sur la sonde cannelée.

J'éprouvais quelques difficultés à trouver le testicule, noyé dans des tissus infiltrés et œdématiés ; mais j'y parvins néanmoins, en me guidant sur le cordon et pus l'isoler à l'aide des doigts et de la spatule, et cela sans dissocier les éléments du cordon et sans être obligé d'ouvrir la tunique vaginale. Le testicule ayant été confié à un aide, une section avec les ciseaux le sépara des tissus adjacents avec lesquels la tunique vaginale, altérée, avait contracté des adhérences.

A l'examen de l'organe tiré au dehors par l'incision pratiquée, il fut aisé de constater que la tunique vaginale était le siège d'une hydrocèle peu abondante : une ponction faite au bistouri donna issue à 50 gr. environ de sérosité limpide et citrine. Une petite portion altérée de la tunique fut excisée, puis le testicule, enveloppé d'un linge très humide, fut maintenu par un aide sur le pli de l'aîne gauche.

La recherche du testicule droit fut plus facile. Une incision analogue à la première fut faite du côté droit du collet : les tissus furent écartés avec les doigts et la spatule au fur et à mesure de leur section, au bistouri, sur la sonde cannelée. Et le doigt d'un aide passé en anse sous le cordon permit d'arriver rapidement à l'organe parfaitement sain, qui, extrait comme le premier, fut comme lui, maintenu enveloppé d'un linge fin sur le pli de l'aîne droite. Pour ne pas s'égarer dans la recherche des testicules il est essentiel de s'assurer constamment, par le toucher, de la position du cordon, qu'il est bon de faire tenir par un aide, car il glisse facilement au milieu des tissus.

La recherche est des plus simples : lorsque le cordon peut être passé en anse sur le doigt, il suffit alors de sectionner couche par couche, avec précaution, et d'isoler lorsque avec les doigts ou à l'aide d'instruments mousses.

2° *Ablation de la tumeur* : la verge étant attirée au dehors par la vulve, une incision curviligne à légère concavité supérieure fut pratiquée sur la moitié gauche de la tumeur, partant de l'extrémité inférieure de l'orifice vulvaire et s'étendant jusqu'au périnée à trois travers de doigts au-devant de l'anus, de façon à limiter un lambeau en coquille.

Cette incision, pratiquée, une dissection rapide à plein tranchant fut fait dans la masse, composée d'un tissu aréolaire offrant en certains points une consistance de fromage, en d'autres, une consistance lardacée et criant alors sous le scalpel, mais donnant partout issue, à la coupe, à un écoulement très abondant de sérosité limpide.

Une incision et une dissection analogues furent faites de même du côté droit, en ayant soin, comme précédemment, de tenir le scalpel, le dos de l'instrument tourné du côté du canal de l'urètre, qu'il faut craindre à tout moment de léser. Pour éviter tout danger, la précaution avait été prise d'introduire au préalable dans le canal une sonde devant servir de repère spécialement pour les incisions destinées à détacher la tumeur sur la ligne médiane.

Dans le cours de cette ablation, je ne rencontraï pas autant de vaisseaux volumineux que je m'y attendais. Il y eut un écoulement de sang d'une certaine importance.

Des serres plates furent appliquées, au fur et à mesure, sur les orifices béants, sur ces cinq vaisseaux, une seule artère volumineuse du calibre de l'humérale donna lieu à un écoulement qui nécessita la ligature immédiate. Cette artère correspondait au pédicule de la tumeur. Les veines sont, en général, plus développées que les artères.

Trois quarts d'heure après le début de l'opération la tumeur était séparée, la masse pesait 4 kilogr. 800. C'est pour ce temps de l'opération que le mode de suspension fut particulièrement utile, peut-être, en cas de tumeur très volumineuse, serait-il avantageux, au lieu de tenter d'un seul coup l'ablation de la masse entière, de la fendre largement en deux et de procéder ensuite à l'ablation partielle de chaque moitié ; deux anses indépendantes serviraient à suspendre les deux portions de la masse.

3° *Appropriation des lambeaux* : La tumeur éléphantiasique enlevée, il reste une large plaie à deux valves, au milieu desquelles se voit le canal de l'urètre et les cordons, ces derniers passant par les fenêtres latérales. Il s'agit alors de poursuivre dans cette plaie les prolongements du tissu morbide. La présence d'une sonde est indispensable pour ne pas ouvrir le canal de l'urètre lors de la dissection attentive qu'il faut faire en ce moment. Il est aussi nécessaire de disséquer, soit avec les ciseaux, soit au bistouri, les lambeaux cutanés, de façon à les amincir le plus possible et à enlever les tissus malades. Cette dissection terminée, les serres plates furent remplacées par des ligatures pratiquées avec des fils cirés. Il serait avantageux d'employer des fils de catgut pour ces ligatures profondes. Les lambeaux, amincis et régularisés, furent quelques instants laissés à l'air libre pour bien se rendre compte qu'aucun vaisseau ne pouvait donner lieu à une hémorragie ultérieure, puis lavés largement à la solution phéniquée au 25 ‰ et enfin à l'alcool pur.

Par les incisions latérales, les testicules furent rentrés dans leur nouvelle loge ; les fils à ligaturer furent attirés au dehors et fixés à l'angle supérieur de l'incision latérale gauche ; il fut alors procédé au quatrième temps.

4° *Suture et pansement*. Un large drain fut établi au fond de la plaie, ses deux extrémités sortant par les points de rencontre pénien et périnéal des incisions curvilignes ; les lambeaux furent rapprochés, et 48 points de suture entortillée en réunirent les bords, ainsi que les incisions latérales pratiquées pour la recherche des testicules. Le pansement fut ensuite appliqué, consistant en un linge troué légèrement cératé et phéniqué, recouvert d'une couche épaisse de charpie trempée dans la solution phéniquée au 20 ‰ et maintenu par un bandage en T ; un coussin fut placé entre les cuisses sous le nouveau scrotum, et la verge relevée sur le ventre.

En tenant compte du sang et de la sérosité écoulés, ainsi que des portions enlevées dans le troisième temps de l'opération, je crois être au dessous de la vérité en attribuant à la masse un poids de 6 kilogr. Dans la journée, vomissements bilieux ; le soir, le malade se sent assez bien, quoique très fatigué. Pas de fièvre. Potion morphinée pour la nuit,

26 avril : Nuit assez bonne. Pièces pansement à peine teintées de sang. Lavage à la solution phéniquée et pansement.

27 avril : Pas de fièvre. Un peu de gonflement aux alentours des lèvres de la plaie.

28 avril : Pas de fièvre. Quelques excoriations produites par les épingles, qui auraient été avantageusement remplacées par des fils métalliques, lesquels nous manquaient malheureusement. Même lavage, même pansement.

29 avril : Quelques épingles se détachent à la partie pénienne de la plaie, où il faut exciser une lanière d'épiderme sphacélé ; les lambeaux s'écartent un peu en cet endroit, où la plaie apparaît rosée profondément et pultacée sur les bords assez épais où le tissu morbide n'avait pas été enlevé parfaitement. La suppuration bien établie est peu abondante.

Bandelette de diachyton autour de la verge pour soutenir les lambeaux ; état général excellent.

30 avril : Cinq épingles enlevées, quelques-unes sont tombées dans les pièces du pansement. Les plaies latérales sont complètement cicatrisées. Pus louable abondant ; la partie inférieure de la plaie est presque réunie, deux épingles y sont retirées.

Pas de fièvres, ni douleurs.

1^{er} mai : Pas de fièvre, nuit bonne.

Quatre épingles sont enlevées à la partie inférieure de la plaie ; il faut abandonner les serres-fines qui n'offrent pas assez de tenue.

2 mai : Les circulaires de diachylon ne suffisant pas pour soutenir les lambeaux à la région pénienne, trois nouvelles épingles sont appliquées dans ce but, espacées de 2 cm $\frac{1}{2}$ environ.

Deux épingles sont retirées de la partie moyenne du scrotum qui est parfaitement réunie.

3 mai : Rien à noter.

4 mai : Une érection pendant la nuit (le malade avait omis de prendre sa potion au br.) ; l'épingle sup., appliquée au pénis, a manqué ; réunion par un fil métallique de la seringue de Pravaz. Une des ligatures tombe.

Suppuration assez abondante. Mêmes soins.

5 mai : Rien à noter.

6 mai : Chute d'une deuxième ligature.

7 mai : Rien à noter.

8 mai : Chute des dernières ligatures ; la suppuration a notablement diminué, la plaie de la verge paraît réunie. Le gros drain est remplacé par un moyen.

11 mai : Le malade est autorisé à s'asseoir sur son séant.

15 mai : Enlèvement du drain, il ne reste plus à la verge qu'une plaie simple de la dimension d'une pièce de 50 centimètres et qui est pansée à plat. Le malade, muni d'un suspensoir, commence à faire quelques pas dans la chambre.

27 mai : Le trou périnéal servant de passage au drain est fermé.

Le 5 juin, le malade était complètement rétabli. Le nouveau scrotum est peut-être un peu trop développé, les tissus s'étant moins rétractés que je ne l'avais espéré. Il y aurait eu avantage à réséquer les lambeaux avant de les réunir définitivement, mais M. F... n'en est nullement incommodé, et il peut librement vaquer à toutes ses occupations sans éprouver ni gêne ni douleur.

Cet opéré n'a quitté Dakar que le 2 juillet et nul incident n'est venu compliquer la guérison obtenue.

Je ne me dissimule pas que cette tumeur peut récidiver, mais, néanmoins, je ne crois pas, malgré les dangers de l'intervention, qu'il soit permis, à moins de contre-indications bien formelles, de refuser à un malade les bénéfices d'une opération qui peut amener, pendant un temps plus ou moins long, un soulagement aussi notable.

OBSERVATION X

BOITEUX : *In Revue de Chir.* Févr. 1882, p. 120.

Eléph. de la verge

Le nommé V..., âgé de 26 ans, entre le 18 janvier 1881, dans le service de M. Le Dentu.

Rien à noter chez les ascendants ou les collatéraux. Lui-même ne fut jamais malade jusqu'à l'âge de 15 ans, époque à laquelle il fut envoyé à la Nouvelle-Calédonie. Il porte dans l'aîne gauche quatre cicatrices foncées, l'une dûe à une balle

qui lui fit un séton dans la bourse gauche, sans toucher les testicules, les trois autres dûes à des débridements et des cautérisations nécessités par des accidents sphacéliques qui survinrent du côté de la plaie. En Calédonie, il eut des abcès froids qui ont laissé autour du cou des cicatrices froncées. Un an après, débuta l'éléphantiasis. Il avait alors plus de 8 ans de séjour dans l'île et c'était 18 mois avant son retour.

L'éléphantiasis a mis 13 mois à acquérir le volume qu'il a actuellement. Le malade n'aurait jamais eu ni au début ni dans la suite de poussées d'érysipèle. Cependant, il accuse des douleurs à l'époque du début, et la rougeur a dû passer inaperçue.

Les bourses auraient été prises en premier lieu ; il y aurait eu une hydrocèle qu'on ponctionna. Il est resté 110 jours en traitement à l'hôpital. On lui fit des scarifications.

Etat actuel : l'hypertrophie éléphantiasique s'étend à la racine des bourses, et surtout au fourreau de la verge, seulement dans la partie libre de la portion spongieuse. Cette portion de l'organe mesure 0,11 cm $\frac{1}{2}$ de longueur ; elle présente à l'état de placidité une courbure à concavité sup. Le prépuce, très volumineux, cache complètement le gland ; à ce niveau, le diamètre total de l'organe est de 4 cm. La moitié inf. du prépuce forme un capuchon qui embrasse le gland tout entier et arrive jusqu'à la face dorsale de la verge, où il vient glisser sous la demi circonférence sup. du prépuce. Une fente transversale située sur le dos de la verge se voit au niveau de cette imbucation : c'est par là que le malade urine. L'ensemble rappelle la forme du capuchon céphalique du fœtus. On peut encore, par des pressions combinées, faire saillir le gland. Au niveau du centre de la courbure, la verge diminue d'épaisseur, pour se renfler bientôt au niveau du pubis où elle atteint un diamètre de 7 cm. Elle se rétrécit enfin tout près du scrotum, à son origine. Au second renflement que nous venons de signaler, on voit une masse de tissus indurés, atteignant le volume d'une petite mandarine, et occupant le dos de la verge, et tandis que la masse presque totale du capuchon préputial en occupe le côté opposé. On sent sur la partie latérale gauche une tuméfaction plus petite. Le canal de l'urètre et ses annexes traversent obliquement ces

tissus, en allant de la fente préputiale dorsale à la racine du scrotum, et passant au périnée en suivant le trajet habituel. La verge est, dans son ensemble, aplatie légèrement dans le sens latéral, probablement à cause de la position couchée sur le ventre qu'elle prend toujours quand le malade est au lit, et à cause de son poids.

Le raphé du scrotum se continue sur la face inférieure de la verge par une crête de végétation saillante, ayant plus d'un centimètre d'épaisseur. Cette crête s'étend jusqu'au prépuce. Une couronne de végétation analogue entoure la fente préputiale.

En résumé, le fourreau de la verge tout entier est hypertrophié et induré, et dans certains points que nous avons signalés les tissus éléphantiasiques prennent un développement plus considérable. Ces tissus ne paraissent pas contracter d'adhérences avec l'urètre et ses annexes. La peau est adhérente, au contraire, aux parties profondes, rugueuse, ridée par places, plutôt dure que molle, et uniformément rosée.

Les bourses ont à peu près doublé de volume : la peau est rose, indurée et un peu empâtée cependant ; ces altérations s'accroissent à mesure qu'on se rapproche de la verge.

Pas de douleurs, ni d'autres troubles de sensibilité des parties malades. Dans les aines, on ne trouve que de petits ganglions qui n'ont rien d'extraordinaire comme développement ; on y voit les cinq cicatrices dont nous avons indiqué les origines : les unes sont au niveau du siège des ganglions, l'autre est très près du scrotum. Ce malade est donc porteur d'un éléphantiasis exotique du scrotum et du pénis, sur le début duquel nous sommes mal renseignés, et qui, dans tous les cas, aurait eu une évolution apyrétique. Certains auteurs nient la forme complètement afébrile, et les renseignements du malade ne sont pas suffisants pour nous permettre, dans l'espèce, de trancher la question.

2 février : M. Le Dentu ébarbe la crête de végétations, retranche le prépuce tout entier et énuclée les deux masses hypertrophiques principalement. Sutures. L'opération, faite au bistouri, donne si peu de sang qu'on ne mit ni une seule pince, ni une seule ligature. Certaines circoncisions simples en donnent certainement davantage.

5 février : Les fils métalliques sont enlevés. Réunions presque partout. Un peu d'œdème de la verge.

7 février : Quelques petits ganglions se tuméfient un peu et deviennent douloureux dans chaque aine.

17 février : La douleur a disparu, mais les glandes lymphatiques sont restées un peu plus volumineuses. Cicatrisation presque complète partout. La verge a pris une forme meilleure, elle conserve sa courbure, et il sera peut-être possible de faire quelque chose encore par une nouvelle opération.

OBSERVATION XI

D^r DOWNES : Eléphantiasis du pénis et du scrotum.

In British Med. Journal. 1882.

K., de Kashimir, âgé de 35 ans, est entré à l'hôpital de la Mission avec un énorme éléphantiasis du pénis et du scrotum. La masse descendait jusqu'aux genoux et le malade marchait sans difficulté. Le pénis et le scrotum formaient une seule masse. Les urines s'écoulaient par un petit trou pouvant admettre un doigt.

Cette énorme tumeur rendait la vie impossible au malade qui demanda volontiers l'opération.

Opération : Anesthésie, chloroforme.

D^r Downes était assisté par D^{rs} Lawtas et Price. Une bande d'Esmarch fut placée à la base de la tumeur. La tumeur étant lourde, elle fut suspendue au moyen de poulies, le malade en position de lithotomie ; une sonde est passée dans l'urètre pour faciliter la dissection de la tumeur. En pratiquant une incision sur le conducteur, on tombe sur un cul-de-sac dans lequel il est impossible de trouver l'urètre ; on a pris soin de ligaturer tous les vaisseaux, l'hémorragie est minime, la lymphorragie est abondante. Il a été décidé d'amputer toute la masse à sa racine recouverte d'une peau saine. Après la section, on est en présence d'un grand nombre d'énormes vaisseaux qui furent liés soigneusement et la plaie fut débarrassée de tous les tissus anormaux. La membrane muqueuse de l'urètre est suturée avec les corps caverneux et spongieux, et la plaie est fermée. L'urètre fut fixé à la peau dans une

bonne position. Le malade n'a pas souffert de l'opération et n'a pas eu de difficulté à uriner. Très peu de fièvre, légère suppuration ; les fils furent enlevés au 15^e jour.

La tumeur pèse 30 kilos.

Dissection de la tumeur : testicules atrophiés, pénis normal.

La tumeur est offerte au museum de l'Ecole Médicale de Lahore.

OBSERVATION XII

GUINARD : Eléphantiasis du scrotum et du fourreau de la verge.

In bull. de la Soc. de chir. de Paris. 1903.

Le malade que je vous présente est âgé de 33 ans : c'est un homme vigoureux. Né à l'île du Salut, près Cayenne, il a quitté l'île à l'âge de 7 ans pour venir faire ses études à Paris. En 1885, il est retourné à Cayenne où il a toujours habité depuis lors, sauf pendant 4 mois en 1890. Il y a 6 ans, il s'est aperçu que le pli de l'aîne droit était plus saillant. Pendant 24 heures, la peau devint rouge à ce niveau, et il eut des frissons violents et de la fièvre avec vomissements. Les médecins pensèrent à un érysipèle, bien qu'il n'y eût aucune part une écorchure quelconque. Plusieurs poussées analogues survinrent, à moins d'un an de distance, le membre tout entier devenant rouge. Depuis dix ans, il y a de temps en temps du gonflement des bourses, qu'on a attribué à de l'hydrocèle vaginale. Depuis 4 ans, le gonflement des bourses ne cesse plus et va toujours en augmentant. Depuis deux ans, ce gonflement a gagné le prépuce et le fourreau de la verge. Le traitement fait jusqu'ici, sans aucun succès d'ailleurs, a été constitué uniquement par des onctions belladonnées. Quand le malade entre dans mon service, en octobre 1903, on est frappé du volume des bourses qui sont grosses comme une noix de coco et surmontées d'une saillie cutanée éléphantiasiques dans laquelle on trouve difficilement la verge. Ce n'est qu'à la palpation attentive qu'on arrive à percevoir le gland et la verge refoulés par la masse éléphantiasique contre le pubis. Le prépuce a le volume d'un œuf de poule. Sur toute la région, la peau a sa coloration normale. Le raphé scrotal

forme une saillie irrégulière, œdémateuse. Au toucher, on sent le scrotum très épais, d'une consistance d'œdème chronique dur. La peau est prise ainsi des deux côtés jusqu'aux plis génito-cruraux. Dans les deux aines, on voit, comme on le voit encore maintenant, une tuméfaction qui, à gauche, a le volume du poing et dont la consistance est mollassse, pâteuse, avec une pléiade ganglionnaire profonde. Les ganglions sont petits et durs, séparés les uns des autres comme des grains de chapelet. Les deux jambes présentent une sorte d'œdème chronique dans leur moitié inférieure, avec des cicatrices d'ulcérations qui tourmentent le malade depuis 5 ou 6 mois. Ces lésions sont absolument symétriques, et la peau des jambes est pigmentée comme chez les vieux variqueux.

Aucun symptôme de syphilis à aucun moment. Il y a eu trois blennorragies dont la dernière date de deux ans ; mais jamais d'orchite, jamais de balano-posthite, bien que le gland ait toujours été recouvert. Le prépuce a toujours été long mais sans qu'il y ait phimosis.

Le 2 novembre 1903, j'ai enlevé au bistouri la totalité des bourses, le prépuce et le fourreau de la verge, c'est-à-dire toute la peau éléphantiasique. J'ai ensuite reconstitué un fourreau à la verge en amenant par glissement deux lambeaux latéraux que j'ai suturés sur la ligne médiane au-dessous de la verge. Sous la verge ainsi recouverte, j'ai pu amener par glissement la peau des plis génitaux-cruraux et j'ai fait une suture sur la ligne médiane au-devant des testicules. Actuellement, le résultat paraît bon : le gland est largement découvert et la verge a deux travers de doigts de longueur. Cependant, le malade se plaint que l'érection est gênée par le défaut de longueur, mais l'opération est encore récente, et j'espère qu'à la longue la peau du pubis prêtera et donnera de la longueur à la verge pendant l'érection. Je vous présente les pièces enlevées, elles ont été examinées et le sang du malade, prélevé pendant la nuit, a été étudié par mon interne M. Gadaud. On n'a pu y trouver la filaire. Je fais remarquer que le malade a encore dans les deux aines ces adéno-lymphomes dont j'ai parlé plus haut ; mais je dois dire que les masses pâteuses ont déjà notablement diminué de volume depuis l'opération.

OBSERVATION XIII

Observation du Dr DAHAN (du Caire).

M..., d'origine marocaine, mais né au Caire, est âgé de 60 ans, exerçant le métier de cordonnier. Il se présente au mois d'août 1911 à l'hôpital syrien avec une grosse tumeur au scrotum qu'il porte depuis 11 ans. Père de 4 enfants en bonne santé, le malade raconte n'avoir eu d'accidents vénériens. Le mal a début par une poussée d'eczéma siégeant aux bourses avec une forte réaction du côté de ses ganglions inguinaux. La fièvre oblige le malade à garder le lit pendant un mois.

Les poussées lymphangitiques ont presque cessé avec le repos et les applications de cataplasmes chauds, par contre le scrotum augmentait de volume. Le malade a maigri de 10 kilogr., il pesait auparavant 140 kilogr.

Mensuration de la tumeur :

Hauteur : 0 m. 45 ; Circonférence : 1 mètre.

Opération :

Le malade est diabétique. Anesthésie au chloroforme.

Dr Dahan opère de la façon suivante :

A travers le scrotum épaissi, un aide cherche les testicules qu'il relève jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. Des clamps, dont la convexité regarde les testicules, sont placés et pincent fortement la peau du collet. Ablation de la tumeur. Dissection d'un large lambeau périnéal pour loger les testicules.

Sutures et pansements.

La plaie a suppuré longtemps et mis un mois et demi à se refermer.

Le malade, revu en 1915, n'a présenté aucune récurrence.

OBSERVATION XIV (Personnelle).

Le nommé A... se présente, le 29 juillet 1919, à l'hôpital Abbas, et demande qu'on le débarrasse de cette tumeur qu'il porte au scrotum. Il est âgé de 45 ans, père de quatre enfants bien portants.



AVANT L'OPÉRATION

Il raconte avoir eu, dans sa jeunesse, un chancre à la verge. Le malade ne présente aucun signe de spécificité, mais il contracta, à 35 ans, la bilharziose vésicale et les hématuries ont cessé avec l'apparition de sa tumeur scrotale.

Son mal a débuté par des démangeaisons siégeant sur le scrotum que le malade grattait constamment. Le processus inflammatoire est aggravé par les ablutions d'eau plus ou moins propre que le malade faisait cinq fois par jour. Les poussées lymphangitiques se déclarent avec leur tableau clinique habituel. A... garde le lit environ une quarantaine de jours pendant lesquels le scrotum a légèrement augmenté de volume et les ganglions inguinaux sont devenus durs et insensibles.

Le malade n'a pas consulté de médecins et se livre à son travail de menuisier.

Le scrotum augmente toujours de volume et n'inquiète guère le malade tant que celui-ci pouvait accomplir l'acte de coït, mais le jour où A..., voyant sa verge avalée par cette masse qui augmente sans cesse de volume se décide enfin à consulter le médecin de son pays qui lui conseille d'aller au Caire se faire opérer.

A l'examen de cette masse, on remarque qu'elle est piriforme, descendant et dépassant le genou, la partie postérieure de son collet est formée de peau saine bien distendue.

La partie antérieure du collet est libre, malgré qu'elle soit chargée de quelques tissus lardacés. Les testicules, la verge, ne sont pas adhérents et perceptibles à la palpation, ainsi que le cordon. Sur la face antérieure de la tumeur et environ 0 m. 20 du pubis se trouve l'orifice en forme de vulve, ombilic au fond duquel se trouve le gland.

La tumeur est molle à sa partie supérieure, dure à la base.

Mensuration de la tumeur :

Hauteur : 0 m. 43 ; grande circonférence : 0 m. 34 ; Poids : 10 kilogr.

Opération :

Rachianesthésie à la stovaïne.

Deux incisions latérales sont tracées dans le prolongement du trajet inguinal sur le scrotum éléphantiasique ; elles descendent de chaque côté de l'ombilic où se cache le gland et

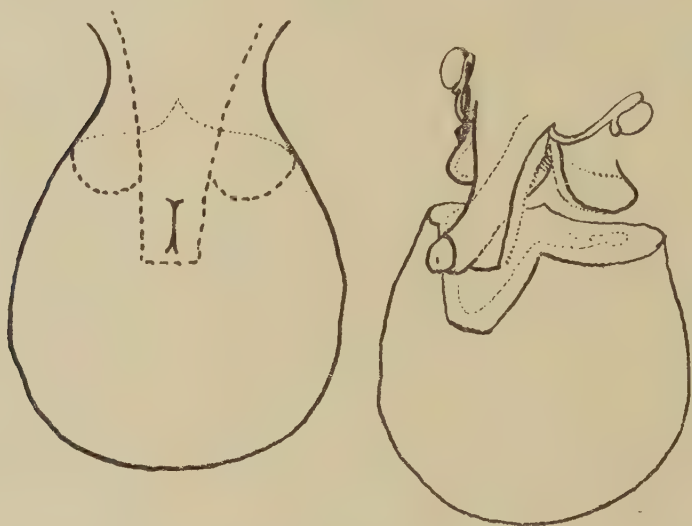


APRÈS L'OPÉRATION

permettent de rechercher les testicules, d'isoler le canal déférent et de le mettre à l'abri dans des compresses, hors de la plaie opératoire.

Ces deux incisions se recourbent alors en arrière pour aller se rejoindre au périnée, en avant de l'anus, tranchant largement dans les tissus lardacés.

Elles laissent ainsi, en arrière, un lambeau périnéoscrotal destiné à restaurer le scrotum et couvrir les testicules.



La masse de la tumeur étant maintenue soulevée, un aide va cueillir le gland au fond de la « vulve » et l'extériorise. Cette manœuvre désinvagine les téguments du fourreau de la verge.

La masse ne tient plus que par les tissus lardacés qui doublent la peau et une portion de téguments sous-jacents au pénis qu'il suffit de sectionner en ayant soin de ménager l'urètre. Ce qui est facile.

La tumeur une fois enlevée, il reste, pour reconstituer le scrotum : la grande valve postérieure et un lambeau antérieur qui se continue avec le fourreau de la verge.

La valve postérieure est « épluchée » de l'épaisse couche lardacée qui la double, puis refermée par suture au-devant des

testicules et suturée au lambeau antérieur et au fourreau de la verge. De sorte qu'un scrotum convenable est reconstitué.

Drainage à l'aide de mèches de gaze. Suspensoir.

Le malade a uriné 24 heures après l'intervention.

Suites opératoires assez bonnes. Légère suppuration.

Les fils sont enlevés au 10^e jour.

Le résultat est photographié un mois après l'opération.

Le malade a été revu 2 ans après en bon état.

OBSÉRVATION XV (Personnelle).

M. O..., de la Basse-Egypte, cultivateur de métier, se présente le 16 juillet 1919 à la consultation gratuite de l'hôpital Abbass, avec une grosse tumeur au scrotum et un éléphantiasis de la jambe gauche.

Après un examen rapide de la tumeur, le Dr Charaf trouve que la peau du collet est saine, susceptible de fournir l'étoffe nécessaire à la formation d'une nouvelle poche aux testicules. Le malade accepte l'opération et est hospitalisé.

M. O... est âgé de 50 ans. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Il a trois enfants en parfaite santé. Quelques années avant l'apparition de sa tumeur scrotale, le malade a eu des hématuries dues à la bilharziose. Il nous a été impossible d'explorer sa vessie, l'urètre est perdu dans la masse éléphantiasique.

L'étiologie de cette tumeur est marquée par des poussées successives de lymphangéle qui obligeaient le malade, il y a sept ans, à garder le lit et d'appliquer sur son scrotum des cataplasmes chauds sans consulter le médecin de son village.

Le temps passe, et les poussées lymphangitiques et la fièvre éléphantiasique s'amendent. Le malade reprend ses occupations ; le scrotum augmentant toujours de volume. Le coït était encore possible en 1918, alors que la verge en érection pouvait franchir mais difficilement cette barrière d'œdème. Ce n'est ni la grosseur de la tumeur, ni son poids qui ont décidé M. O... d'aller au Caire se faire opérer ; c'est surtout l'impossibilité d'accomplir l'acte de coït.

Mensuration de la tumeur :

Hauteur du collet à la base : 0 m. 41 ; grande circonférence : 0 m. 39. Poids : 15 kilogr.

A la palpation, on sent dans la zone du collet le cordon et ses éléments.

Le testicule gauche est perçu dans la masse flasque. Impossible de retrouver le testicule droit. La verge est complètement enfouie dans la masse, mais avec un peu de patience et



par des tractions faites sur cette sorte d'ombilic on arrive à sortir le gland. Le malade étant circoncis.

Opération :

Anesthésie : rachianesthésie stovaine.

Le malade est mis dans la position de la taille, la tête et le

tronc relevés. 20 minutes après l'anesthésie le malade prend une syncope : immédiatement injection sous-cutanée. Huile camphrée, pituitrine, caféine, respiration artificielle, traction de la langue, etc., etc, le malade revient à lui-même au bout d'un quart d'heure avec des frissons, on lui fait absorber une potion de Todd.



Une bonne couche de teinture d'iode est passée sur toute la tumeur ; les nombreux sillons et anfractuosités qu'elle présente ne donnent pas une certaine garantie à l'efficacité de l'asepsie. On doit toujours, pour éviter la suppuration, employer pour la toilette de ces masses énormes, benzine, éther,

alcool et teinture d'iode, faciliter au moyen de pinces la pénétration de ces antiseptiques au fond de la « vulve ».

La tumeur est libre : ni suspension ni bande d'Esmarch employées jadis par les chirurgiens coloniaux. La suspension peut gêner les manœuvres de la taille des lambeaux postérieurs et est une perte de temps. La bande hémostatique est inutile ; les vaisseaux incisés sont au fur et à mesure pincés et ligaturés. On procède à l'énucléation de testicule gauche par une incision de 0 m. 25 environ faite sur le trajet du cordon



senti à travers les tissus du collet, cette incision commence à deux travers de doigts au-dessous du pubis. Le cordon est sain, n'offrant aucune adhérence aux tissus lardacés ; par

de légères tractions on arrive facilement à sortir le testicule de sa loge. L'organe sans aucune altération est enveloppé dans une compresse et laissé sur le pubis.

La même incision est faite pour la recherche du testicule droit portant une petite hydrocèle et contractant quelques adhérences qui sont détruites à coups de ciseaux. La vaginale est incisée et retournée. L'amputation de la tumeur est effectuée par deux incisions courbes partant des extrémités inférieures de deux premières incisions servant à la recherche des testicules et se rencontrent en arrière en tissus sains et en plein périnée. La présence d'une sonde, dans notre cas, est inutile ; la mollesse de la masse en cet endroit de l'amputation et la palpation révèlent facilement la présence de l'urètre qu'il faut toujours ménager. La tumeur est enlevée. La plaie est nettoyée aux ciseaux des tissus altérés qu'elle renferme. La lymphorrhagie est abondante, les vaisseaux très altérés, à parois épaisses, à lumière large, sont soigneusement ligaturés. Les lambeaux sont bien disséqués et étirés, les testicules placés dans leur nouvelle loge. Une mèche de gaze est placée dans la plaie assurant un drainage plus ou moins insuffisant.

Suture au crin. Pansement, suspensoir. La plaie a suppuré au troisième jour, on fait sauter quelques points de suture.

Très peu de fièvre durant la première semaine. Le malade a uriné 24 heures après l'opération. Les fils sont enlevés au 15^e jour, la mèche au 7^e jour.

Le malade quitte l'hôpital 40 jours après l'intervention, avec une cicatrice bourgeonnante et sans qu'on puisse photographier son nouveau scrotum. Le malade, revu en 1921, ne présente aucune récurrence. Il est content de son opération.

L'éléphantiasis de sa jambe gauche est inopérante vu l'envahissement profond de tous ses extenseurs.

CONCLUSIONS

1° L'éléphantiasis du scrotum, dont les conditions pathogéniques sont encore imprécises, semble dû surtout d'une part à la pénétration de la flaire dans le système lymphatique, d'autre part à des infections secondaires (streptocoques) qui agissent comme causes déterminantes.

2° Anatomiquement, il est caractérisé par une hypertrophie considérable du derme et du tissu cellulaire sous-cutané avec conservation des testicules, des éléments du cordon et de la verge.

3° L'indication opératoire relève de la gêne fonctionnelle apportée par la tumeur aux fonctions urinaires et génitales.

4° Le traitement de choix est l'amputation du scrotum ou *oschéotomie*, dont les temps essentiels sont :

- a) La libération préalable des éléments des cordons et des testicules ;
- b) La protection des corps caverneux et de l'urètre ;
- c) L'exérèse du scrotum éléphantiasique ;
- d) La réfection du scrotum.

5° L'intervention bien conduite, entourée de minutieuses précautions d'asepsie est bénigne. La mortalité n'atteint pas 5 %. Les résultats éloignés aux points de vue anatomique et fonctionnel sont bons, et la récurrence est exceptionnelle.

VU :

Le Président de thèse,
TIXIER.

VU :

Le Doyen de la Faculté,
J. LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 4 janvier 1922.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALARD. — Histoire d'une maladie particulière au sys. lymph.
Paris. 1811.
- ARNOZAN. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1888-1889.
- BARRALIER. — Article éléphantiasis du Dictionnaire de Médecine et de chirurgie.
- BENTLEY. — Analyses, résumés des travaux sur l'éléphantiasis des Arabes ; *In Archives Med. Nav.*, 1878. t. XXX, p. 314.
- BESNIER. — Leçons sur l'éléph. des Arabes. *Gazette des hôpitaux*, 1878.
- BOITEUX. — Anatomie pathologique de l'éléph. des Arabes ; *In Revue de Chirurgie*, février 1882.
- BROUARDEL. — Eléph. des organes génitaux externes par ablation des ganglions inguinaux. *Annales de dermatologie*, 1896.
- CANET. — *Thèse de Paris*, 1904.
- CLOT-BEY. — Eléph. des Arabes. *Gaz. des Hôpitaux*, 1834.
— *Mémoires de la Soc. de Chir.*, t. IV. 1853.
- CORNIL. — Eléph. des Arabes. *Progrès Médical*, 1883.
- DELPECH. — *Chirurgie clinique de Montpellier*, t. II, 1823.
- DE BRUN. — Maladies des pays chauds.
- DE SABOIA. — *Annales Médico-Chirurgicale*, 1887.

DOWNES. — Eléph. pénis et scrotum ; *In British Medical Journal*, 1882.

DUCHATEAU. — Opération, guérison d'un cas d'éléph. scrotal ;
In Arch. Med. Nav., t. XXXIV, 1880.

DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*.

ESDAILLE. — *London Medical Gazette*, vol. LXVI, 1850.

FAYRER. — Leçons sur l'éléph. des Arabes ; *In The Lancet*, 1879.

FÉRIS. — Traitement de l'éléph. par l'électricité ; *In Arch. Med. nav.*, t. XLII, 1884.

GÉRARD-MARCHAND. — Eléph. de la verge ; *In Bul. de la Soc. de Ch. de Paris*, 1901.

GOYRAND. — *Bulletin de la Soc. de ch.* Novembre 1855.

GOODMAN. — Eléph. énorme du scrotum, excision, guérison ;
In The Lancet, vol. VII, 1876.

GROS. — Considérations sur l'éléphantiasis ; *In Arch. Med. Nav.* t. LVII. 1892.

GUIBOUT. — Leçons sur l'éléph. des Arabes. *Gaz. des Hôpitaux* 1877.

GUINARD. — Eléph. du scrotum et du fourreau de la verge ;
In Bulletin de la Soc. de chir. de Paris, 1903.

GUYOT. — Cas d'éléph. des Arabes développé en Bretagne ;
In Arch. Med. Nav., t. LIX, 1893.

INFERNET. — Quelques réflexions sur quelques cas d'éléph. du scrotum. *Thèse Montpellier*, 1874.

JEANSELME et RIST. — *In Précis de Pathologie exotique*, 1909.

LARREY. — *Relations Médico-Chirurgicales de l'expédition d'Egypte*, 1803.

LARREY Fils. — Rapport fait à la Soc. de Ch. sur le Mémoire de Clot-Bey sur l'éléph. du scrotum, t. IV, 1853.

LE DANTEC. — Précis des Maladies exotiques.

LLOYD. — Eléph. du scrotum, ablation ; *In The Lancet*, 1874.

MANSON. — Maladies des pays chauds.

The Metamorphosis of filaria sanguinis hominis in the mosquito. *In Arch. Med. Nav.* 1884.

MOHAMED ALY-BEY. — *Traité path. ch. et de méd. opératoire.*

MONDÓN. — Etude histologique, éléph. des Arabes. *In Arch. Med. Nav.*, t. LVII, 1892.

ROUX. — Procédé opératoire du Dr Partridge pour éléph. des Arabes. *In Arch. Méd. Nav.*, 1879.

SABOUROUD. — Pathogénie de l'éléph. nostras. *Annales de dermat. et syphil.*, 1892.

TURNER. — 138 cas d'amputation du scrotum pour éléph. des Arabes ; *In Glas. Med. Journal*, 1883.

VILLIS. — Eléph. scrotal et vulvaire au Japon ; *In The Lancet*. Vol. VII. 1876.

VOILLEMIER. — Eléph. verge et scrotum. *Annales de dermat. et syphil.*, 1873.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	7
Historique	9
Etiologie	12
Pathogénie	14
Anatomie pathologique	16
Symptomatologie	20
Diagnostic	25
Evolution et complications	26
Traitement	28
Observations	42
Conclusions	82
Bibliographie	84
